Одобрен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «29» апреля 2026 года
Протокол №251

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ (ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ)

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

1.1 Код(ы) Международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее – МКБ-10) / Международной классификации болезней 11-го пересмотра (далее – МКБ-11):

	Коды МКБ-10		Коды МКБ-11
F10	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя.	6C40	Расстройства вследствие употребления алкоголя
		6C40.0	Эпизод употребления алкоголя с вредными последствиями
F10.0	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Острая интоксикация	6C40.3	Алкогольная интоксикация (опьянение)
F10.1	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Пагубное употребление	6C40.1	Употребление алкоголя с вредными последствиями
		6C40.10	Употребление алкоголя с вредными последствиями, эпизодическое
		6C40.11	Употребление алкоголя с вредными последствиями, постоянное
		6C40.1Z	Употребление алкоголя с вредными последствиями, неуточненное
F10.2	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости	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
F10.3	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Состояние отмены	6C40.4	Синдром отмены алкоголя
		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
F10.4	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Абстинентное состояние с делирием	6C40.5	Алкоголь-индуцированный делирий
F10.5	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Психотическое расстройство	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
F10.7	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Резидуальные и отсроченные психотические расстройства	6C40.7	Отдельные уточненные алкоголь-индуцированные психические или поведенческие расстройства
F10.8	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Другие психические расстройства и расстройства поведения	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	Другие уточненные расстройства,

			вызванные употреблением алкоголя
F10.9	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Психическое расстройство и расстройство поведения неуточненное	6C40.Z	Расстройства, вызванные употреблением алкоголя, неуточненные

1.2 Дата разработки/пересмотра протокола: 2015 (пересмотр 2022/2026 год).

1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

АД	–	артериальное давление
АлТ	–	аланинамитронсфераза
АсТ	–	аспартатаминотрансфераза
в/в	–	внутривенно
в/м	–	внутримышечно
КВ	–	краткосрочные вмешательства
КПТ	–	когнитивно-поведенческая терапия
МКБ	–	Международная классификация болезней
МНН	–	международное непатентованное наименование
МК	–	мотивационное консультирование
ММСТ	–	многомерная семейная терапия
МСР	–	медико-социальная реабилитация
ПВ	–	патологическое влечение
ППР	–	психические и поведенческие расстройства
РЭГ	–	реоэнцефалография
УД	–	уровень доказательности
УЗИ	–	ультразвуковое исследование
ЧД	–	частота дыхания
ЧСС	–	частота сердечных сокращений
ЦВАД	–	Центр временной адаптации и детоксикации
ЭКГ	–	электрокардиографическое исследование

1.4 Пользователи протокола: врачи психиатры (наркологи), врачи неотложной медицинской помощи, фельдшеры, врачи общей практики, терапевты, психологи, социальные работники.

1.5 Категория пациентов: взрослые.

1.6 Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор рандомизированное контролируемое исследование (РКИ) или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической

	ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов.

1.7 Определение

Психические поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя – это заболевание, которое характеризуется возникновением непреодолимого патологического влечения к спиртным напиткам, изменением толерантности организма, проявлениями алкогольного абстинентного (похмельного) синдрома и развитием алкогольной деградации личности [1-3].

Алкогольное опьянение, или острая алкогольная интоксикация – состояние, возникающее в результате воздействия алкоголя на центральную нервную систему, проявляющееся психическими, неврологическими и соматовегетативными нарушениями, являющимися первичным звеном в развитии алкоголизма [1].

Патологическое опьянение – острый транзиторный психоз, протекающий в виде сумеречного помрачения сознания [1].

Алкогольная зависимость (алкоголизм) – заболевание, характеризующееся патологическим влечением и зависимостью от алкоголя, приобретенное в результате систематического потребления спиртных напитков [1].

1.8 Клиническая классификация [1, 3].

- I первая (начальная) стадия;
- II вторая (средняя) стадия;
- III третья (конечная) стадия

Классификация по формам злоупотребления алкоголем:

- однодневные эксцессы с перерывами в 2-3 дня без опохмеления;
- однодневные процессы с опохмелением;
- непостоянное пьянство с опохмелением;
- постоянное пьянство с опохмелением на фоне нарастающей или высокой толерантности;
- периодический тип пьянства в виде псевдозапоев;
- перемежающееся пьянство;
- постоянное пьянство на фоне сниженной толерантности;
- периодическое пьянство в виде истинных запоев (дипсомания) [3].

Классификация по оценке прогредиентности:

- злокачественно-прогредиентный;
- прогредиентный с медленным течением;
- стационарное течение;

- ремиттирующее течение;
- регредиентное течение.

Степени простого алкогольного опьянения [1, 3]**:**

Степень опьянения	Симптомы опьянения
Легкая степень	А. Психопатологические: ощущение комфорта, повышение настроения, многоречивость, увеличение амплитуды эмоциональных реакций, снижение самокритики, неустойчивость внимания, ускорение мышления. Б. Неврологические: нарушение координации движений, нистагм. В. Соматовегетативные: гиперемия лица, учащение пульса и дыхания, умеренное повышение артериального давления, повышение аппетита, гиперсаливация
Средняя степень	А. Психопатологические: замедление мышления, суждения становятся банальными, нарушается способность концентрации внимания, затруднение понимания и правильной оценки окружающего, снижение критики, расторможенность влечений, эмоциональные реакции приобретают брутальный характер, настроение склоняется к угрюмости, гневливости, тупому равнодушию или благодушию. Б. Неврологические: атаксия, нистагм, нарушение координации движений, дизартрия, ослабление болевой и температурной чувствительности. В. Соматовегетативные: тошнота, рвота, гиперемия или бледность лица, тахикардия, тахипноэ
Тяжёлая степень	А. Психопатологические: выраженное угнетение сознания от сомнолентности и оглушения до сопора и комы. Б. Неврологические: атаксия, нистагм, дизартрия, снижение болевой чувствительности, мышечная гипотония, снижение кожных и сухожильных рефлексов, сужение зрачков, судороги. В. Соматовегетативные: гиперемия или бледность кожных покровов, снижение температуры тела, рвота, непроизвольное выделение мочи и кала, тахикардия, замедление дыхания, снижение артериального давления

Исходы простого алкогольного опьянения

Степень опьянения	Исход опьянения
Легкая степень	Заканчивается постепенно наступающим вытрезвлением. Каких-либо нарушений после наступления вытрезвления не наблюдается.
Средняя степень	Опьянение переходит в глубокий сон, по пробуждению часть событий может амнезироваться. В течение некоторого времени после протрезвления наблюдаются

	астенические проявления, снижение аппетита, жажда, слабость, пониженное настроение.
Тяжелая степень	После наступления вытрезвления отмечается вялость, слабость, адинамия. Если тяжелое опьянение возникает у больного хроническим алкоголизмом во время запоя, то при вытрезвлении отмечаются проявления алкогольного абстинентного синдрома.

Измененные формы простого алкогольного опьянения [3]

Форма опьянения	Симптомы опьянения
Опьянение с дурашливостью	Характеризуется приподнятым настроением с беспечностью, благодушием, кривлянием, расторможенностью влечений, инфантильными формами поведения
Опьянение с истерическими чертами	Характеризуется демонстративностью, театральностью, стремлением обратить на себя внимание, демонстративными суицидальными попытками, бурными сценами отчаяния, «сумасшествия». Этот вид опьянения не возникает при употреблении алкоголя в одиночку
Опьянение с депрессивными проявлениями	Характеризуется подавленным настроением с тоской, тревогой. Возможны суицидальные попытки. Опьянение сопровождается двигательной и речевой заторможенностью. Обычно эта форма опьянения является выражением психогенно или эндогенно обусловленной депрессии и обнажает существующие аффективные расстройства
Опьянение с эксплозивностью или дисфорический вариант опьянения	Характеризуется преобладанием мрачного настроения с раздражительностью, склонностью к словесной и физической агрессии. Эта форма опьянения характерна для больных с органическим поражением мозга (сосудистым, посттравматическим) и для лиц с психопатическими чертами характера
Эпилептиформное опьянение	Эта форма опьянения характерна для лиц с эпилептоидными чертами характера. Она характеризуется постоянно проявляющимся недовольством, придирчивостью, угрюмо-злобным аффектом, готовностью к совершению агрессивных поступков. В отличие от патологического опьянения эта форма опьянения не сопровождается амнезией
Псевдопараноидное опьянение	Характеризуется появлением подозрительности, обидчивости, придирчивости, склонности толковать слова и поступки окружающих как стремление унизить, обмануть; возможны идеи ревности, осуждения.

	Наблюдается у личностей с паранойяльными чертами характера
Галлюцинаторнобредовое опьянение	Эта форма опьянения возникает у больных алкоголизмом с большой давностью заболевания, наличием алкогольной энцефалопатии и выраженных изменений личности. Опьянение сопровождается появлением обманов восприятия (обычно зрительных), чувственного бреда и бредовым поведением. После вытрезвления обманы восприятия исчезают. О состоянии опьянения сохраняются отрывочные воспоминания. Заканчивается опьянение чаще всего наступлением сна. От патологического опьянения эта форма опьянения отличается наличием неврологических нарушений – атаксии, дизартрии, способности поддерживать речевой контакт, ориентироваться в обстановке. Галлюцинаторно-бредовое опьянение может возникать неоднократно в течение жизни

Основные характеристики патологического опьянения [9]**:**

Патологическое опьянение – это редкая индивидуальная реакция на спиртные напитки. Может проявиться даже при употреблении малой дозы алкоголя. Сопровождается помрачением сознания и выраженными изменениями в поведении. Возможно проявление немотивированной агрессии, ярости или страха. При этом у пациента отсутствуют стандартные признаки опьянения: говорливость, эйфория, хорошее настроение.

Патологическое опьянение нельзя назвать формой или стадией стандартного опьянения, с которым сталкиваются люди при употреблении алкоголя. Это самостоятельное нарушение, развивающееся под воздействием определенных факторов, которые могут быть временными или постоянными. К вторым относятся: перенесенные органические поражения мозга и черепно-мозговые травмы. В обычном состоянии остаточные повреждения мозга выражены слабо или вовсе никак не проявляются.

Выделяют 2 основные формы патологического опьянения: эпилептоидная и параноидная.

Эпилептоидная форма характеризуется неожиданной дезориентацией. Пациент теряет связь с внешним миром. Появляется ярко выраженный страх и гнев. Присутствует психомоторное возбуждение. Движения резкие, но при этом не имеют никакого смысла («двигательный автоматизм»). Один из основных симптомов патологического опьянения эпилептоидной формы – необоснованные вспышки агрессии. Осознание и критичность своих поступков отсутствует, высока вероятность нанесения серьезных травм.

Параноидная форма сопровождается неожиданным расстройством сознания и бредовыми идеями. Человек полностью утрачивает связь с реальностью и сильно возбужден. Его движения отличаются импульсивностью и сопровождаются сильными аффективными реакциями, например, гневом. Поведение полностью подчинено содержанию бреда. Выстроить с ним продуктивный контакт не удается.

Обе формы нарушения характеризуются резким началом и неожиданным окончанием приступа с переходом в крепкий сон.
При алкогольной кататонии происходит «застревание» человека в определенном действии или эмоции. Пациент может постоянно повторять определенное слово или движение. При этом он игнорирует окружающих людей и не дает никакой реакции на попытки наладить с ним контакт. Возможно наличие активного или пассивного негативизма, больной не выполняет просьбы окружающих или активно им противодействует.

Классификация алкогольных психозов [1].
1. Эпизодически протекающие (однократные):
а) ограничивающиеся синдромами острых экзогенных типов реакций;
б) сопровождающиеся трансформацией клинической картины в рамках экзогенных типов реакций;
2. Рецидивирующие
2.1 Легко обратимые:
а) ограничивающиеся синдромами острых экзогенных типов реакций;
б) сопровождающиеся трансформацией клинической картины в рамках экзогенных типов реакций.
2.2. С тенденцией к затяжному течению:
а) шизоформные;
б) с развитием грубых органических состояний.
3. Затяжные:
а) шизоформные;
б) с развитием грубых органических состояний.

2 МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ

2.1 Диагностические критерии

Синдром острой интоксикации алкоголем [1, 3-4]**:**
Жалобы: головокружение, нарушение координации, выраженные перепады настроения; головная боль, тошнота, рвота, слабость, отсутствие аппетита.
Анамнез: сведения об эпизоде либо систематическом употреблении алкоголя или алкогольсодержащих веществ.
Физикальное обследование: *психический статус:* отмечаются расстройства во всех видах психической деятельности в зависимости от степени опьянения: восприятие нарушено, нарушение стройности мышления, речи, настроения и поведения (от эйфоричного до агрессивного), дисфория, регистрируются объективные признаки переживаемых обманов восприятия, амнезия по выходу или нарушение восприятия реальных событий, запоминание болезненных переживаний. *Соматовегетативный и неврологический статус:* гиперемия, отечность лица, блеск глаз, расширение зрачков, инъецирование склер, горизонтальный нистагм, шаткая походка, движения замедлены, неточны, тремор пальцев, тремор век, затруднение в выполнении координационных проб, запах алкоголя в выдыхаемом воздухе.
Острая интоксикация алкоголем средней степени, не осложненная:
Жалобы: головокружение, нарушение координации, тремор кистей, выраженные перепады настроения; головная боль, тошнота, рвота, слабость, отсутствие аппетита, нарушение сна; учащенное сердцебиение; повышение АД, чувство страха

и тревоги, ощущение преследования; беспокойство.
Анамнез: недавнее употребление алкоголя в достаточно высоких дозах, чтобы вызвать интоксикацию средней степени (обычно развивается при употреблении в среднем 300 мл водки или коньяка, 1000 мл вина). Симптомы и признаки интоксикации должны соответствовать действию алкоголя, и должны отличаться достаточной выраженностью, чтобы привести к клинически значимым нарушениям уровня сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоционального состояния или поведения.
Имеющиеся симптомы или признаки не могут быть объяснены иным заболеванием, не связанным с употреблением веществ, а также другим психическим или поведенческим расстройством.
Физикальное обследование [10]: *психический статус:* зависит от фазы состояния *(дистимическая фаза - преобладание психопатологических симптомов интоксикации; атаксическая фаза - выраженные нарушения моторики и координации)*. Сознание и ориентировка: лёгкая оглушённость, частичное нарушение ориентировки, оценка окружающей обстановки и текущей ситуации искажена. Амнезии нет, события опьянения сохраняются в памяти. Память, внимание, контакт: лёгкие нарушения памяти (трудности воспроизведения последовательности событий); контакт затруднён: внимание отвлекаемо, переключение — с трудом, требуются неоднократные повторения вопросов. Нарушен волевой контроль: несдержанность, агрессивность, грубость, импульсивность. Повышенная подозрительность, придирчивость, назойливость. Утрата осторожности и инстинкта самосохранения. Эмоциональная сфера: нестабильный фон настроения, резкие колебания. Эмоции от беззаботного веселья до гневливости. Возможна демонстративность (показные рыдания, жалобы на несправедливость). Восприятие: кататимные искажения восприятия под влиянием эмоций. Возможны единичные психосенсорные и иллюзорные расстройства. Мышление: ассоциативный процесс разрыхлён (от поверхностного до неупорядоченного мышления). Влечения: усиление сексуальной и пищевой расторможенности; снижена адекватность реализации влечений. Интеллектуальная продуктивность снижена. Возможны сверхценные идеи, аффективно окрашенные, гиперболизация претензий. Речь: монотонная, замедленная, со смазанностью и искажениями звуков; персеверации, потеря ритма, скандированность; простые фразы, паузы, хриплость, невнятность; частая нецензурная брань, многоречивость. Утрированная мимика. Трудности понимания тонких смыслов, банальность суждений, сниженная критика. *Соматовегетативный и неврологический статус:* Усиление гиперемии, одутловатость лица; пульс 100-110/мин, ускоренное дыхание, повышенное АД; гиперсаливация, икота, рвота; позывы к мочеиспусканию и дефекации. Атаксия, нистагм, нарушение координации; дизартрия, снижение болевой и температурной чувствительности; гиперемия или бледность лица, тахикардия, тахипноэ; тошнота, рвота. Неустойчивость в позе Ромберга; затруднение пальценосовой пробы (промахивание); нистагмоидные подёргивания, возможная диплопия; мидриаз, ослабление реакций зрачков; снижение тонуса, чувствительности, сухожильных рефлексов. Грубые, размашистые движения, шаткая походка, частые падения.
Терминальной стадией средней степени алкогольного опьянения является сон (чаще всего), хотя может быть выход через бодрствующее состояние.

Постинтоксикационные состояния после данной степени опьянения более постоянны. Характеризуются разбитостью, жаждой, тошнотой, рвотой, отвращением к спиртным напиткам.

Синдром употребления с вредными последствиями [1, 3-4]**:**
Жалобы: могут отсутствовать длительно при эпизодическом употреблении алкоголя, могут быть указания на перепады настроения, подавленность, утомляемость, слабость после эпизодов приема алкоголя.
Анамнез: длительное эпизодическое нерегулярное употребление алкоголя.
Физикальное обследование: *психический статус*: перепады настроения, раздражительность, утомляемость, медлительность, дисфория, нарушение концентрации внимания, снижение познавательной активности.
соматовегетативный и неврологический статус: лабильность артериального давления, головные боли, нарушения сна, нарушения аппетита, судороги отдельных групп мышц, диспепсические явления (тошнота, изжога).

Синдром зависимости [1,3-4]**:**
Жалобы: навязчивые мысли (влечение, тяга) к употреблению алкоголя, раздражительность, сниженное настроение, тревога, расстройства сна, сны по тематике, связанные с употреблением алкоголя, утрата контроля над приемом спиртного, в том числе во время опьянения, рост потребности в дозе алкоголя, снижение познавательных функций, трудность в сосредоточении внимания, дискоординация, потеря интереса к обычным событиям и объектам из жизни в пользу потребления алкогольных напитков.
Анамнез: сведения о систематическом употреблении алкоголя, сведения о сформированной зависимости от алкоголя, нарушенная способность контролировать прием спиртного, снижение эффекта от первоначальных доз, обманы восприятия, состояние отмены, стойкое употребление алкоголя вопреки ясным доказательствам вредных последствий, в период воздержания от употребления при сформированной зависимости в различные промежутки времени (от одних до трех суток) манифестация симптомов отмены.
Физикальное обследование: *психический статус*: астения, вялость, пассивность, дистимия, эмоциональная лабильность, патологическое влечение (раздражительность, неусидчивость, психомоторное возбуждение, дисфория, психопатоподобное поведение). *Соматовегетативный и неврологический статус:* головные боли, головокружения нарушения сна, нарушения аппетита, судороги отдельных групп мышц, тремор пальцев рук и кистей, онемение и парестезии в конечностях, лабильность артериального давления, диспепсические явления (тошнота, изжога), мнестические нарушения.

Психотическое расстройство [5-8]**:**
Жалобы: нарушение сна, галлюцинаторные и/или бредовые переживания, чувство страха, учащенное сердцебиение, повышение АД, потливость.
Анамнез**:** сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приему алкогольных напитков или алкогольсодержащих веществ; сниженная способность контролировать прием алкогольных напитков; состояние отмены или абстинентный синдром; повышение толерантности к эффектам алкоголя; поглощенность

употреблением алкогольных напитков; чаще возникает во время или после непосредственного употребления, реже в последние дни запоя; развитию психоза предшествуют аффективные нарушения – тревога, бредовая настороженность, у женщин чаще депрессия.
Физикальное обследование: *психический статус:* сознание обычно ясное, но возможна некоторая степень его помрачения; наличие расстройств восприятия - истинные слуховые галлюцинации, часто множественного характера, усиливающиеся в вечернее время; анормальный аффект (обычно страх или экстаз), бредовые идеи (бред преследования, физического уничтожения, обвинения), содержание которых тесно связано с галлюцинациями; бредовое поведение с психомоторным возбуждением, преобладанием суетливости, стремлением прятаться, убегать может сменяться ступором или периодами относительно упорядоченного поведения, маскирующим психоз; все виды ориентировки сохранены. *Соматовегетативный и неврологический статус*: гиперемия и отечность лица шеи, блеск глаз, инъецирование склер, горизонтальный нистагм, повышение АД, ЧСС, ЧД; тремор пальцев, век, затруднение в выполнении координационных проб, атаксия; мышечная гипотония; гиперрефлексия; увеличение печени.

Абстинентное состояние (синдром отмены) [5-8]**:**
Жалобы: общее беспокойство, вялость, трудность засыпания, бессонница, головная боль, учащенное сердцебиение, тошнота, рвота, сниженный фон настроения;
Анамнез**:** сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приему алкогольных напитков или алкогольсодержащих веществ; неспособность контролировать прием алкогольных напитков; сведения о регулярном употреблении алкоголя, сведения о прекращении потребления в ближайшие 24 часа.
Физикальное обследование: *психический статус:* психомоторное возбуждение, напряженная дисфория, подозрительность, тревога, подавленный фон настроения, дисфория, агрессия, возможны обманы восприятия при ясном сознании. *Соматовегетативный и неврологический статус*: гиперемия и отечность лица шеи, блеск глаз, инъецирование склер, горизонтальный нистагм, шаткая походка, движения замедлены, неточны, затруднение в выполнении координационных проб, запах алкоголя в выдыхаемом воздухе, судороги отдельных групп мышц, тремор пальцев рук и кистей, языка, повышение АД, ЧСС, ЧД; мышечная гипотония, отсутствие аппетита, рвота, болезненность в правом подреберье и эпигастральной области.

Абстинентное состояние с делирием [5-8]**:**
Жалобы: отсутствие сна, чувство страха и тревоги, отсутствие аппетита, подавленный фон настроения, ощущение преследования, галлюцинаторные и/или бредовые переживания;
Анамнез*:* недавнее прекращение приема или снижение дозы алкоголя после употребления алкоголя в течение длительного времени и/или в высоких дозах.
Физикальное обследование*:* *психический статус:* психомоторное возбуждение с преобладанием суетливости, стремлением прятаться, убегать; нарушения ориентировки во времени, в окружающей обстановке при сохранности ориентировки в собственной личности; нарушения восприятия - иллюзии и

галлюцинации (преимущественно зрительные галлюцинации, парейдолии); неустойчивость и повышенная отвлекаемость внимания (иногда достигающая степени сверхотвлекаемости); аффективная лабильность; наличие образного бреда преследования или физического уничтожения, реже бредовые идеи иного содержания.
Соматовегетативный и неврологический статус: отечность лица шеи, блеск глаз, инъецирование склер, горизонтальный нистагм, отсутствие аппетита, рвота; увеличение печени, движения хаотичные, «перебирает пальцами рук одежду, вещи», затруднение в выполнении координационных проб, судороги отдельных групп мышц, тремор пальцев рук и кистей, языка, повышение АД, ЧСС,ЧД; мышечная гипотония, повышение температуры тела (субфебрильная); повышение АД, ЧСС,ЧД; мелкое дрожание (тремор); атаксия; мышечная гипотония; гиперрефлексия; в 10-19% случаев развитию делирия предшествуют единичные или множественные судорожные припадки.

Острый алкогольный галлюциноз [5-8]**:**
Жалобы: преобладание слуховых галлюцинаций, а также сохранение ориентировки в окружающем и собственной личности.
Анамнез: чаще возникает в состоянии похмелья, реже в последние дни запоя; развитию психоза предшествуют аффективные нарушения – тревога, бредовая настороженность, у женщин чаще депрессия.
Физикальное обследование: *психический статус:* развернутая стадия характеризуется появлением истинных слуховых галлюцинаций, часто множественного характера, усиливающихся в вечернее время; возможны бредовые идеи, содержание которых тесно связано с галлюцинациями; психомоторное возбуждение; все виды ориентировки сохранены; редукция психоза происходит критически после глубокого сна или постепенно литически; при продолжении алкоголизации острый алкогольный галлюциноз может перейти в хронический. *Соматовегетативный и неврологический статус* гипергидроз, тахикардия, субфебрилитет, гиперемия лица.

Острый алкогольный параноид [5-8]**:**
Жалобы: непоколебимое убеждение в том, что их немедленно физически уничтожат, следят за нами, больные напряжены, следят за жестами и действиями окружающих.
Анамнез: возникает остро, преимущественно в период похмелья, в ряде случаев в запое; иногда развитию психоза предшествует короткий продром с бредовой настроенностью, вербальными иллюзиями и тревогой; обычно психоз развивается внезапно.
Физикальное обследование: *психический статус:* все виды ориентировки сохранены; симптоматика характеризуется развитием острого диффузного бреда преследования, физического уничтожения, бредовым поведением и психомоторным возбуждением; продолжительность психоза от нескольких дней до нескольких недель, заканчивается критически или постепенно литически. *Соматовегетативный и неврологический статус* гипергидроз, тахикардия, субфебрилитет, гиперемия лица.

Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике [5-8]**:**

острое нейрометаболическое состояние, обусловленное дефицитом тиамина (витамин В1)
Жалобы: двоение и снижение четкости зрения, нистагм, шаткость походки и неустойчивость, выраженная общая слабость и утомляемость, спутанность сознания и дезориентация, снижение памяти и внимания, головокружение, тошнота, снижение аппетита.
Анамнез: в течение 2–3 месяцев отмечались признаки хронической нутритивной недостаточности (астения, слабость, нарушения памяти и сна); острое ухудшение состояния с развитием неврологической симптоматики — в последние дни/недели.
Физикальное обследование: *психический статус:* начинается с делирия со скудными, отрывочными однообразными зрительными галлюцинациями; преобладает тревожный аффект; двигательное возбуждение проявляется в основном стереотипными действиями, как при обыденных или профессиональных занятиях, и в ограниченном пространстве, часто в пределах постели; больные однообразно выкрикивают отдельные слова, невнятно бормочут; временами бывает «молчаливое» возбуждение; речевая бессвязность; при утяжелении состояния развивается сопор, наиболее тяжелых случаях сопор переходит в кому. *Соматовегетативный и неврологический статус*: выраженные неврологические расстройства: гиперкинезы, повышение мышечного тонуса, паралич глазодвигательных мышц, нистагм, светобоязнь, явления полинейропатии; нарушение сердечного ритма и дыхания, центральная гипертермия, кахексия.

Лабораторные исследования [7,11,12]:
Основные лабораторные исследования:
- **общий анализ крови:** норма/умеренное увеличение СОЭ и количества лейкоцитов, гипохромия эритроцитов, снижение цветного показателя, микроцитоз, анизоцитоз, пойкилоцитоз эритроцитов;
- **общий анализ мочи:** норма/лейкоцитурия различной степени выраженности, микрогематурия, протеинурия, цилиндрурия;
- **биохимический анализ крови** (определение общего белка, креатинина, АсТ, АлТ, глюкозы крови, определение билирубина): норма/повышение креатинина, ферментных показателей печеночных проб, глюкозы свидетельствуют об общих метаболических сдвигах.

Дополнительные лабораторные исследования:
- определение этанола в биологическом материале экспресс методом (в выдыхаемом воздухе, в моче); содержание алкоголя (промилле) может оцениваться в соответствии со стандартизированным соотношением количественного содержания алкоголя в крови и оценки клинического состояния обследуемого (освидетельствуемого) лица (приложение 2);
- определение наркотических средств и психотропных веществ в биологическом материале экспресс методом с целью дифференциальной диагностики (только на уровне ЦВАД).
- определение глюкозы (только на уровне ЦВАД).

Инструментальные исследования [7, 11, 12]:
Основные инструментальные исследования:

• ЭКГ: норма / смещение интервала ST от изолинии (иногда даже горизонтальный тип смещения, что требует дифференциальной диагностики с ИБС); снижение амплитуды зубца Т, его сглаженность или даже негативность; в грудных отведениях регистрируется зубец двухфазный или высокий Т; увеличение амплитуды положительного зубца Т; расширение и расщепление зубцов P_{II}/ увеличение амплитуды зубцов P_{II-III}.

Дополнительные инструментальные исследования:

• флюорография / рентгенография органов грудной клетки;

• УЗИ органов гепатобилиарной системы: норма/ увеличение печени, селезенки, диффузные изменения паренхимы печени, поджелудочной железы, соответствующие сопутствующей соматической патологии;

• РЭГ: норма/ дистония сосудов головного мозга, нарушение объемного пульсового кровенаполнения сосудов головного мозга;

• экспериментально-психологическая диагностика: по показаниям для дифференциального диагноза с эндогенными расстройствами (депрессия, невротические расстройства, шизофрения) и определения степени когнитивного дефицита (оценка мышления, памяти и внимания): низкий уровень интернальности, признаки акцентуации характера, признаки депрессии (изменения по шкале Бека).

Показания для консультации специалистов [7, 11, 12]:

• консультация терапевта при наличии соматической патологии;

• консультация инфекциониста при развитии токсического гепатита;

• консультация невропатолога при выявлении патологии со стороны нервной системы;

• консультация уролога при выявлении патологии со стороны мочеполовой системы;

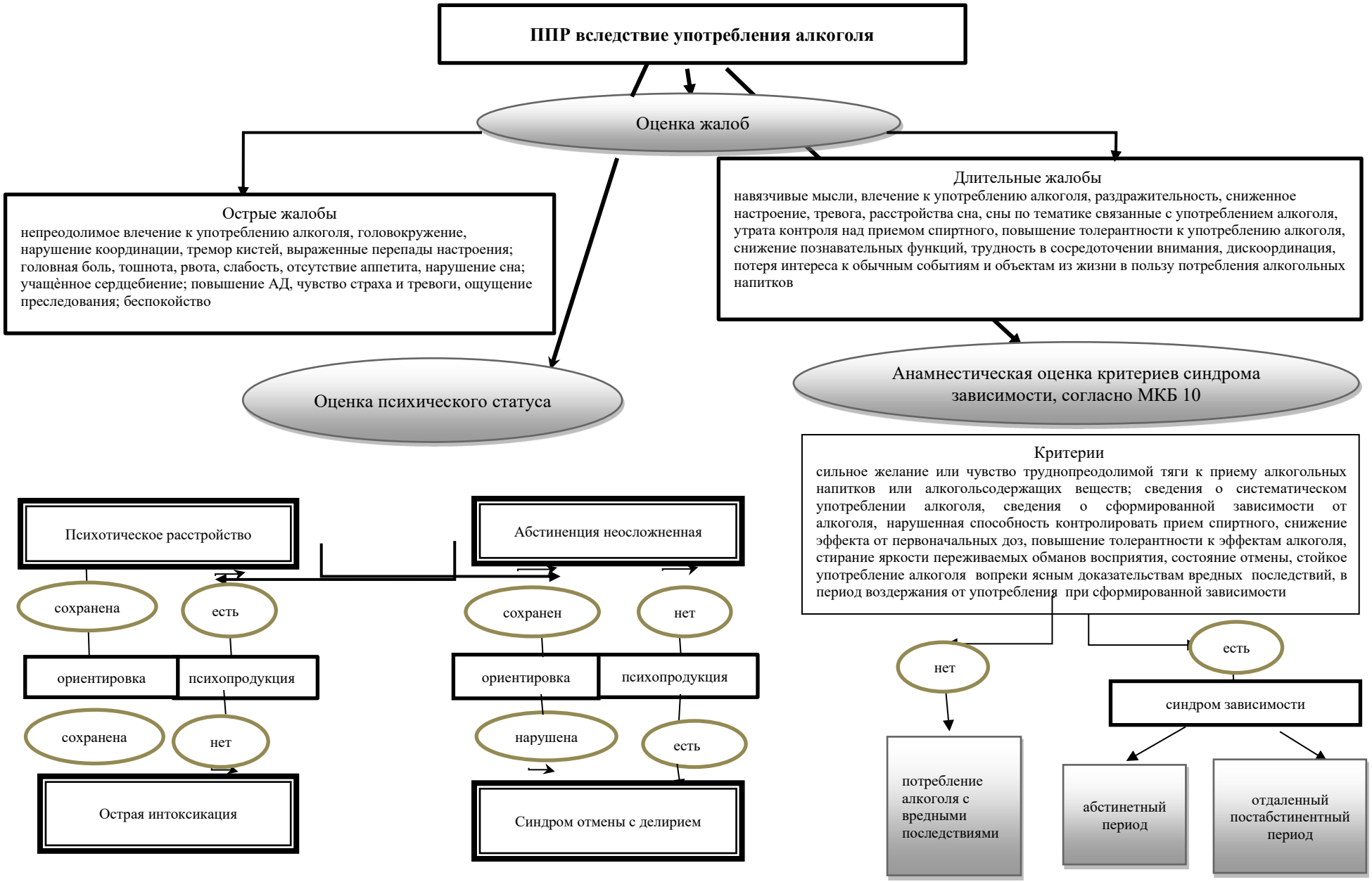
• консультация акушер-гинеколога при наличии беременности/при выявлении патологии репродуктивных органов;

• консультация хирурга при гнойно-воспалительных поражениях мягких тканей;

• консультация отоларинголога при воспалительных и токсических поражениях слизистых носа и гортани;

• консультация психотерапевта при нестабильных психоэмоциональных состояниях, при определении показаний на прохождение психотерапевтической реабилитации.

2.2. Диагностический алгоритм:



2.3 Дифференциальный диагноз:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Психические расстройства, вызванные употреблением других психоактивных веществ	интоксикационные синдромы (делирий, галлюциноз, амнестический синдром).	Анамнез употребления. Расширенный токсикологический скрининг (амфетамины, каннабиноиды, опиаты, галлюциногены).	Отсутствие данных за употребление алкоголя Положительный тест на другие ПАВ. психозы более затяжные (например, амфетаминовый), возможны выраженные визуальные/тактильные галлюцинации (галлюциногены), параноидные психозы (каннабиноиды, стимуляторы).
Шизофрения	психотические симптомы, могут быть также связаны с приемом алкоголя	Токсикологический скрининг (алкоголь, метаболиты). Сбор анамнеза (факты употребления, ремиссии). Психиатрический статус (негативные симптомы, когнитивный дефицит). МРТ/КТ мозга (исключение органики).	Психоз сохраняется >1 месяца после прекращения алкоголя. Наличие характерных для шизофрении симптомов: комментирующие голоса, стойкие бредовые конструкции, выраженные негативные симптомы. Нет зависимости или злоупотребления алкоголем.
Органическое психическое расстройство (травмы мозга, деменции, эпилепсия)	стойкие изменения когнитивных функций, неврологические дефициты, структурное повреждение мозга.	МРТ/КТ головного мозга. Когнитивное тестирование (MMSE, MoCA). ЭЭГ. Лабораторные исследования (B12, фолаты, печеночные пробы, ТТГ, Т4св).	Наличие стойких когнитивных нарушений вне интоксикации/абстиненции. Очаговая неврологическая симптоматика. Подтверждённая органика на МРТ/КТ. симптомы коррелируют с алкоголем, полностью/частично купируются при трезвости
Биполярное аффективное расстройство	аффективные колебания, эпизоды мании/депрессии	Оценка аффективного статуса (HCL-32, MDQ, HAMD, YMRS). Анамнез (фазность, длительность эпизодов, наследственность). Токсикологический скрининг (алкоголь, метаболиты).	эпизоды мании/депрессии цикличные, не обусловлены алкоголем, четкая фазность, семейный анамнез. Наличие типичной мании (грандиозность, сниженная потребность во сне, рискованное поведение) без приёма веществ.

Таблица 1. Дифференциальная диагностика бытового пьянства и хронического алкоголизма I, II и III стадии [1, 8]:

Признак	**Бытовое пьянство**	**I стадия**	**II стадия**	**III стадия**
Толерантность к алкоголю	Низкая	Увеличение толерантности в 2-3 раза	Увеличение толерантности в 5-6 раз, плато толерантности	Снижение толерантности на 50%
Защитный рвотный рефлекс	Сохранен	Утрачен	Утрачен	Появление защитного рвотного рефлекса
Ситуационный контроль	Сохранен	Сохранен	Утрачен	Утрачен
Количественный контроль	Сохранен	Утрачен	Утрачен	Утрачен со снижением критической дозы алкоголя
Опьянение	Очерченный этап эйфории	Постепенное уменьшение эйфории и нарастание дисфории, алкогольные палимпсесты	Появление измененных форм опьянения, амнестические формы опьянения	Отсутствует или слабо выражена эйфория, уменьшение агрессивности и расторможенности, при передозировке быстро наступает оглушение и сопорозные явления, амнестические формы опьянения
Алкогольный абстинентный синдром	Отсутствует	Отсутствует	Сформирован	Сформирован
Форма употребления алкоголя	Эпизодическое или ситуационное пьянство	Алкогольные эксцессы сочетаются с периодами воздержания или ежедневным приемом небольших доз алкоголя	Постоянное пьянство или псевдозапои	Постоянное пьянство на фоне низкой толерантности или периодические, циклические запои
Изменения личности	Отсутствуют	Морально-этическое снижение	Заострение преморбидных личностных черт	Деградация личности, психоорганический синдром
Алкогольные психозы	Отсутствуют	Отсутствуют	Острые и затяжные	Острые, затяжные и хронические

Таблица 2. Дифференциальная диагностика состояния отмены алкоголя и постинтоксикационного состояния (алкогольного отравления, возникающего после употребления токсических доз алкоголя у лиц, не страдающих алкогольной зависимостью) [1, 8]:

№	Признак	Состояние отмены алкоголя	Алкогольное постинтоксикационное состояние
1	Влечение к алкоголю	Сопровождается выраженным влечением к алкоголю	Отсутствие влечения к алкоголю, чаще отвращение к спиртному
2	Доза алкоголя	Возникает независимо от дозы алкоголя вслед за резким прекращением его приема	Возникает после употребления индивидуально высоких доз алкоголя
3	Клинические проявления	Комплекс психопатологических, соматических и неврологических расстройств, характерных для Алкогольного абстинентного синдрома	Преобладание астении и проявлений токсикоза (рвота, сонливость, оглушение)
4	Влияние алкоголя на клинические проявления	Устраняет клинические проявления Алкогольного абстинентного синдрома	Не снимает, а наоборот, усиливает токсические явления

Таблица 3. Дифференциальная диагностика острых алкогольных галлюцинозов, и галлюцинозов, возникающих у больных шизофренией, сочетающейся с алкоголизмом:

№	Диагностические критерий	Алкогольный галлюциноз	Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом
1	Условия возникновения психоза	Давность злоупотребления алкоголем обычно более 5-ти лет, давность похмельного синдрома чаще не менее 3-х лет. Длительность запоя перед психозом обычно не менее 5-6 дней. Темп формирования алкоголизма обычный	Давность злоупотребления алкоголизмом обычно 2-3 года, давность похмельного синдрома нередко 1-2 года, длительность запоя перед психозом нередко 1-2 дня. Темп формирования алкоголизма часто ускоренный
2	Особенности опьянения	Обычные варианты опьянения с заострением личностных особенностей	В опьянении нередко идеи ревности, отношения, отравления, преследования, бессвязность высказываний, кататонические включения, тяжелое речевое возбуждение
3	Особенности похмельного синдрома перед развитием психоза	Тревога, возможен тоскливый аффект, умеренно выраженные соматоневрологические расстройства	Тревожно-бредовое состояние с растерянностью, идеи преследования, отношения особого значения, отравления, ревности. Неадекватность аффекта в бреду. Неадекватность поведения аффекту и бреду
4	Особенности алкоголизма	Возникновение запоев и псевдозапоев в связи с ситуационными моментами, случайными употреблениями алкоголя, в связи с постоянным или периодическим влечением к алкоголю	Возможно возникновение запоев и псевдозапоев в связи с депрессивными или гипоманиакальными состояниями, в связи с тревожно-депрессивными состояниями. Хаотический характер злоупотребления алкоголем, ничем не объяснимые спонтанные ремиссии
5	Особенности личности до психоза	Алкогольные изменения личности или психопатические черты характера	Снижение активности, замкнутость, неадекватность поведения, манерность

6	Особенности бреда	Типичен бред преследования, принимающий характер бреда физического уничтожения. Возможен бред воздействия, который всегда связан с истинными обманами восприятия и патологическими ощущениями. Бред конструктивно прост, нагляден, содержание его связано с повседневной реальностью. Идеи величия редки, содержание их лишено фантастичности	Возможно возникновение бреда воздействия, сочетающегося с галлюцинациями. Содержание бреда часто оторвано от реальности. Возможно возникновение фантастического бреда, сочетающегося с фантастическим галлюцинозом
7	Особенности аффекта	Страх, тоска, отчаяние, тоскливо-тревожный аффект. Очень редка смена аффекта с появлением смешанного состояния (страх, идеи величия)	Возможна депрессия с растерянностью, идеями самообвинения. Аффект может не соответствовать содержанию бреда
8	Особенности поведения	Обращение за помощью, попытки спастись бегством от мнимых преследователей, суицидальные попытки	Возможны поступки неадекватные содержанию бреда и аффекту, агрессия в отношении окружающих, нелепое поведение, суицидальные попытки, превращение в «преследуемых преследователей»
9	Особенности синдрома Кандинского — Клерамбо	Сочетание бреда воздействия с истинными словесными галлюцинациями и телесными ощущениями. Галлюцинаторный вариант синдрома открытости	Сочетание бреда воздействия с псевдогаллюцинациями. Идеаторные, сенсопатические, кинестетические автоматизмы. Бредовый и псевдогаллюцинаторный варианты синдрома открытости
10	Сочетание вербального галлюциноза с другими синдромами	Вербальный галлюциноз может смениться делириозным помрачением сознания. На высоте галлюциноза могут возникнуть делириозные расстройства или даже фантастический делирий	Вербальный галлюциноз может смениться депрессивно-параноидальным состоянием, тревожно-бредовым состоянием с отдельными проявлениями синдрома психического автоматизма, другими бредовыми и аффективно-бредовыми синдромами
11	Влияние нейролептиков на симптоматику	Если обманы восприятия исчезли во время лечения нейролептиками, то после их отмены они вновь не появляются	Вербальные галлюцинации, исчезнувшие во время лечения нейролептиками, после их отмены могут вновь возникнуть
12	Отношение к алкоголизму	Стремление преуменьшить тяжесть злоупотребления алкоголем. Попытки объяснить психоз любыми обстоятельствами и соматическими заболеваниями	Нередко стремление подчеркнуть связь психоза со злоупотреблением алкоголем
13	Отношение к перенесенному психозу	Быстрое наступление критики. Готовность подробно рассказать о содержании психоза. Возможность объяснить любой поступок во время психоза	Медленное наступление критики или ее отсутствие. Часто нежелание рассказать о содержании перенесенного психоза. Невозможность объяснить многие поступки во время психоза

14	Особенности личности после окончания психоза	Алкогольные изменения личности или психопатические черты характера	Необщительность, пассивность, формальные контакты с окружающими, эмоциональная холодность

Таблица 4. Дифференциальная диагностика алкогольных параноидов и параноидов, возникающих у больных шизофренией, сочетающейся с алкоголизмом [1,8]:

№	Диагностические критерий	Алкогольный параноид	Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом
1	Условия возникновения психоза	Давность существования алкоголизма не менее 3-х лет. Наличие абстинентного синдрома. Длительность запоя не менее 5-6 дней. Обычные темпы формирования алкоголизма	Давность злоупотребления алкоголем или хронической алкогольной интоксикации может быть менее 3-х лет. Абстинентный синдром может отсутствовать. Длительность запоя нередко 2-3 дня
2	Особенности опьянения	Обычные варианты опьянения с выявлением особенностей личности	Возможно ускоренное формирование алкоголизма. В опьянении идеи отношения преследования, отравления, ревности, речевое возбуждение, бессвязность речи
3	Особенности похмельного синдрома перед развитием психоза	Возникновение психоза во время похмелья на фоне умеренно выраженных соматоневрологических нарушений	Соматоневрологические нарушения могут быть очень легкими. Настроение снижено, иногда тревожно-тоскливое или тоскливо-злобное
4	Особенности алкоголизма	Связь запоев с ситуационными моментами, случайным употреблением алкоголя или влечением к спиртному	Запои часто появляются в связи с эндогенными нарушениями настроения
5	Особенности личности до психоза	Изменения, характерные для алкоголизма, или психопатические черты характера	Замкнутость, неразговорчивость, подозрительность, избирательная общительность
6	Особенности бреда	Образный бред преследования, чаще всего, принимающий форму бреда физического уничтожения. Бред конструктивно прост, нагляден, мотивы. преследования обыденные	Полиморфизм бредовых идей. Возможно появление идей особой значимости, символики, ложных узнаваний. Часто сочетание идей преследования и отравления. Мотивы преследования нередко отсутствуют или очень усложнены
7	Особенности аффекта	Выраженный страх, тревога	Страх менее выражен. Часто возникает растерянность с чувством собственной измененности, явления деперсонализации и дереализации

8	Особенности поведения	Обращение за помощью, попытки спастись бегством. Напряженное ожидание	Часто поведение не адекватно содержанию бреда и аффекту. Поступки противоречивы и непоследовательны
9	Сочетание с другими синдромами	Психоз обычно протекает как моносиндром. Возможна в редких случаях смена синдрома: развитие галлюциноза или делирия	Часто отмечается присоединение депрессивно-параноидной симптоматики с появлением растерянности, затруднением в понимании поведения окружающих и их высказываний, проявлениями синдрома психического автоматизма, ложными узнаваниями, симптомом «двойников»
10	Влияние нейролептиков	Исчезнувшая симптоматика после отмены нейролептиков не возникает	После отмены нейролептиков часто вновь возникают бред, страх, тревога, растерянность
11	Отношение к алкоголизму	Имеются признаки алкогольной анозогнозии. Стремление объяснить психоз любыми обстоятельствами и соматическими заболеваниями	Нередко стремление подчеркнуть связь психоза со злоупотреблением алкоголем
12	Отношение к перенесенному психозу	Быстрое наступление критики. Готовность подробно рассказать о содержании психоза. Возможность объяснить любой поступок во время психоза	Критика наступает медленно. В ряде случаев не возникает. Часто нежелание рассказать о содержании перенесенного психоза. Невозможность объяснить свое поведение во время психоза
13	Особенности личности после окончания психоза	Алкогольные изменения личности или психопатические черты характера	Замкнутость, необщительность, формальный характер контакта с окружающими, эмоциональная сдержанность или холодность, неадекватность, склонность к рассуждательству, манерность

Таблица 5. Дифференциальная диагностика атипичного алкогольного фантастического делирия и онейроида, возникающего у больных шизофренией, сочетающейся с алкоголизмом [1,8]:

№	Диагностические критерий	Фантастический делирий	Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом
1	Условия возникновения психоза	Давность злоупотребления алкоголем не менее 3-х лет. Длительность запоя перед психозом обычно не менее 5-6 дней. Темп формирования алкоголизма обычный или несколько ускоренный	Давность злоупотребления алкоголем не имеет решающего значения, может быть самой различной. Нередко запои прекращаются за несколько недель до возникновения психоза. Темп формирования алкоголизма нередко ускоренный
2	Особенности опьянения	Обычные варианты опьянения с заострением в период опьянения личностных особенностей	Опьянение способствует в ряде случаев возникновению аффективных расстройств. Выражена тревога, часто кошмарные сновидения.

			Характер опьянения почти ничем не отличается от случаев неосложненного алкоголизма
3.	Особенности продромального периода	Для продромального периода характерно появление на фоне алкогольного абстинентного синдрома тревоги, подозрительности, идей отношения или подавленности с чувством одиночества	Возникает растерянность или подавленность, задумчивость, излишняя скрытность
4	Особенности алкоголизма	Имеется связь запоев и псевдозапоев с ситуационными моментами, случайным употреблением алкоголя или влечением к спиртному	Имеется связь запоев и псевдозапоев с колебаниями настроения. Характер пьянства хаотический. Последовательная смена стадий алкоголизма отсутствует
5	Особенности личности до психоза	Специфические алкогольные изменения личности	Типичные алкогольные изменения личности отсутствуют. Характерна общительность, синтонность, достаточная работоспособность
6	Особенности бреда	Развивается галлюцинаторный, фантастический, образный бред, иногда нелепый бред величия. Часто бред собственного психического воздействия. Отсутствует строгая последовательность в смене этапов. Бывает этап двойной, бредовой ориентировки в начале делирия, затем — фантастический галлюцинаторный бред	Отмечается последовательная смена типа этапов: а) аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации; б) фантастической дереализации и деперсонализации; в) иллюзорно-фантастической дереализации и деперсонализации; г) истинного онейроида (встречается крайне редко). Фантастический бред сочетается с псевдогаллюцинациями
7	Особенности аффекта	В начале психоза чаще аффект удивления и любопытства. Затем нарастает растерянность	Разнообразие, сменяемость и калейдоскопичность аффективных нарушений
8	Особенности поведения	Чаще обездвиженность на фоне галлюцинаторной отрешенности	Кататонические расстройства (субступор, ступор с восковой гибкостью, негативизмом)
9	Особенности синдрома Кандинского — Клерамбо	Идеаторные, сенсорные и двигательные психические автоматизмы со сравнительно простой структурой возникают только на высоте психоза	Проявления синдрома психического автоматизма весьма разнообразны и сложны
10	Продолжительность психоза	Несколько дней	Возможно несколько недель и даже месяцев
11	Влияние нейролептиков на симптоматику	Исчезнувшая симптоматика после отмены нейролептиков не возникает	При преждевременной отмене нейролептиков симптоматика может возникнуть вновь
12	Отношение к алкоголизму	Склонность к некоторому преуменьшению тяжести злоупотребления алкоголем. Попытки объяснить психоз любыми обстоятельствами и соматическими заболеваниями	Часто имеется критическое отношение к злоупотреблению алкоголем, хотя связь психоза с пьянством улавливается не всегда

13	Отношение к перенесенному психозу	Постепенно (иногда внезапно) возникает полная критика	В большинстве случаев наблюдается достаточно полная критика к психозу (несмотря на возможную частичную амнезию)
14	Особенности личности после окончания психоза	Алкогольные изменения личности или психопатические черты характера	Незначительно выраженные черты эмоциональной нивелировки, склонность к астенизации, некоторая лабильность аффективной сферы

Таблица 6. Дифференциальная диагностика алкогольного и интоксикационного делирия [1,8]:

№	Диагностические критерии	Делириозный синдром при алкогольной зависимости	Делириозный синдром при интоксикации
1	Анамнез	Длительное систематическое злоупотребление алкоголем, признаки алкогольной зависимости	Эпидемиологический анамнез:данные о продроме инфекционного заболевания; хирургическая патология, злоупотребление психоактивными веществами (стимуляторы, летучие органические вещества, холинолитики)
2	Клинические данные	Отсутствие признаков острой интоксикации психоактивными веществами; инфекционного заболевания; хирургической патологии; лихорадки	Признаки интоксикации психоактивными веществами; Инфекционное заболевание; Острая хирургическая патология; высокая температура
3	Лабораторные данные	Признаки алкогольного поражения печени (повышение уровня печѐночных ферментов), хронической интоксикации (увеличение СОЭ, относительный лейкоцитоз)	Определение психоактивных веществ в биологических средах. Выявление инфекционного агента; Признаки хирургической патологии (например, высокий уровень амилазы при остром панкреатите)

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ:

3.1 Немедикаментозное лечение

- психотерапевтическая и психосоциальная помощь;
- медико-социальная реабилитация (приложение 1) УД-С [14-18].

Специалист (терапевт, врач общей практики, психолог) при выявлении риска употребления алкоголя проводит скрининг (AUDIT или короткий вопрос ВОЗ), оценивает уровень риска и применяет краткое мотивационное вмешательство прямо на приёме (приложение 3).

При высоких баллах (AUDIT ≥ 16) пациент направляется к психиатру наркологу для специализированного лечения. Ведение пациента включает регулярный контроль, документирование и использование подходов ВОЗ – скрининг, краткое вмешательство и направление на лечение (приложение 4). УД-В [20-22].

3.2 Медикаментозное лечение:

Включает коррекцию поведенческих, психических и соматоневрологических нарушений в постабстинентном периоде, противорецидивную терапию обострений патологического влечения. Подбор лекарственных средств производится индивидуально с учетом клинической картины, переносимости и сопутствующих заболеваний.

Перечень основных лекарственных средств:

Фармакологическая группа	МНН ЛС	Способ применения	УД
Терапия алкогольной зависимости путем блокировки эффектов			
Препараты, применяемые при алкогольной зависимости	Налтрексон*	Начальная доза: 25 мг первые сутки для оценки переносимости, далее 50 мг/сут перорально	A [23-59]
	Дисульфирам	Начальная доза: 250 мг/сут перорально Поддерживающая доза: 125–500 мг/сут перорально	B [23-59]
	Акампросат*	Перорально 666 мг 3 раза в день, длительно. Под контролем уровня креатинина	A [23-59]

**не зарегистрирован на территории РК*

Перечень дополнительных лекарственных средств:

Фармакологическая группа	МНН ЛС	Способ применения	УД
Терапия психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя			
Антидепрессанты	Венлафаксин	Начальная доза: 37.5–75 мг/сут перорально Максимальная доза: 375 мг/сут (только в условиях стационара)	C [23-59]
	Флуоксетин	Начальная доза: 20 мг/сут (утром) перорально. Поддерживающая доза: 20–40 мг/сут. Максимальная доза: 60 мг/сут.	
	Сертралин	Начальная доза: 50 мг/сут (утром) перорально. Поддерживающая доза: 50–150 мг/сут.	

		Максимальная доза: 200 мг/сут.	
	Флувоксамин	Начальная доза: 50 мг/сут (на ночь) перорально. Поддерживающая доза: 100–200 мг/сут (в 1–2 приёма). Максимальная доза: 300 мг/сут.	
	Амитриптилин	Начальная доза: 25–50 мг/сут (обычно на ночь) перорально Титрация: +25–50 мг каждые 3–7 дней Максимальная доза: 300 мг/сут	
Противоэпилептические препараты	Вальпроевая кислота	Начальная доза: перорально 10–15 мг/кг/сут (в 2–3 приёма) Титрация: +5–10 мг/кг/сут каждые 3–5 дней	C [23-59]
Нейролептики	Хлорпромазин	Перорально: 25–75 мг 2–4 раза/сут → можно титровать до 300–800 мг/сут Парентерально (в/м): 25–50 мг, при необходимости повторно каждые 4–6 ч	C [23-59]
	Левомепромазин	Перорально: 25–50 мг/сут в 2–3 приёма, титрование до 100–300 мг/сут Парентерально (в/м): 12,5–25 мг, повтор через 6–8 ч при необходимости	
	Галоперидол	Перорально: 1–2 мг × 2–3 раза/сут до 5–15 мг/сут Парентерально (в/м): 2,5–5 мг, при необходимости повтор через 30–60 мин Максимальная доза: 20–30 мг/сут	
	Клозапин	Начальная доза: перорально 12,5 мг 1–2 раза/сут Титрация: +25–50 мг/сут медленно Максимальная доза: 900 мг/сут	
	Оланзапин	Начальная доза: перорально 5–10 мг 1 раз в сутки (чаще вечером). Поддерживающая доза: 10–20 мг/сут.	
	Рисперидон	Начальная доза: перорально 1 мг/сут (в 1–2 приёма). Поддерживающая доза: 2–4 мг/сут. Максимальная доза: 6 мг/сут.	
	Кветиапин	Начальная доза: перорально 50 мг/сут (на ночь). Титрация: увеличение на 50–100 мг/сут. Поддерживающая доза: 300–600 мг/сут (в 2 приёма).	

3.3 Хирургическое вмешательство: нет.

3.4 Дальнейшее ведение: осуществляется согласно группам динамического наблюдения в соответствии с действующим законодательством [19]

3.5 Индикаторы эффективности лечения:

- воздержание от употребления алкоголя с идентификацией в биологических средах;
- улучшение и стабилизация физического и психического здоровья;
- нормализация социально-психологического статуса пациента;
- катамнестические сведения, подтверждающие воздержание и ремиссию.

4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

4.1 Показания для плановой госпитализации:

- злоупотребление алкоголем;
- синдром зависимости от алкоголя.

4.2 Показания для экстренной госпитализации:

- острая интоксикация алкоголем с делирием;
- острая интоксикация алкоголем с нарушениями восприятия;
- острая интоксикация алкоголем с судорогами;
- абстинентное состояние вследствие употребления алкоголя, осложненное;
- абстинентное состояние вследствие употребления алкоголя с делирием;
- психотическое расстройство вследствие употребления алкоголя.

4.3 Показания для экстренной госпитализации в ЦВАД:

- острая интоксикация алкоголем средней степени, неосложненная

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:

5.1 Немедикаментозное лечение:

- режим (устанавливается в зависимости от психического состояния согласно Стандарту организации оказания медико-социальной помощи, в области психического здоровья населению Республики Казахстан);
- психотерапевтическая и психосоциальная помощь (приложение 5);
- медико-социальная реабилитация (приложение 1) [14-18].

5.2 Медикаментозное лечение [8-13,16]:

Лечение ППР, вызванных употреблением алкоголя в большей степени симптоматическое; длительность терапии зависит от состояния пациента, а также от клинической ситуации - острая абстиненция, делирий, психоз, депрессия. Подбор препаратов всегда производится индивидуально (учитывая стадию алкоголизма, тяжесть течения, соматическое состояние, сохранность печёночной функции, риск развития судорог, и с учетом взаимодействия лекарственных средств).

Дезинтоксикационная терапия показана пациентам в состоянии абстиненции, а также как метаболическая поддержка. Натрия хлорид 0,9% (расчет объема инфузии производится индивидуально) используется для дегидратации, коррекции электролитов. Глюкоза 5-10% также может использоваться для коррекции гипогликемии. Витамины группы В (тиамин, пиридоксин) используется для профилактики и лечения энцефалопатии Гайе-Вернике у зависимых пациентов.

Диуретики: фуросемид при развитии отеков, острой сердечной недостаточности, гиперволемии, под контролем уровня электролитов. Маннитол применяется при

отеке головного мозга/повышении внутричерепного давления, не в рутинной детокс-терапии.

Противосудорожные: карбамазепин рекомендуемая доза до 400-600 мг/сутки (при необходимости доза препарата может быть увеличена; последующая отмена препарата проводится постепенно (в течение недели) с отменой вначале дневной, а через 2-3 дня утренней дозы) под контролем АЛТ, АСТ.

Антипсихотические средства: при выраженных поведенческих и аффективных расстройств (с целью купирования возбуждения, подавления патологического влечения к алкоголю, коррекции поведения) назначаются нейролептики. Препаратами выбора являются: галоперидол (5-15 мг/сутки); оланзапин (10-20 мг/сутки), клозапин (100 - 200 мг/сутки); рисперидон (4-6 мг/сутки);

Антидепрессанты: с целью нормализации настроения, нивелирования апатий, тревожности, нарушений сна, а также для купирования обсессивного компонента патологического влечения к алкоголю рекомендуется назначение антидепрессантов. Препаратами выбора являются антидепрессанты, обладающие седативным эффектом. После стабилизации состояния пациента терапия продолжается в амбулаторных условиях с соблюдением рекомендуемой продолжительности лечения и регулярной оценкой психоэмоционального состояния.

Медикаментозная терапия состояния отмены с психотическими расстройствами [8-13,16]: алкогольные психотические расстройства можно рассматривать как этап неблагоприятного развития и крайнее проявление алкогольного похмельного синдрома. Алкогольный делирий, галлюциноз являются проявлением острой церебральной недостаточности и представляет собой неотложное состояние, требующее интенсивной (иногда реанимационной) терапии. Терапия делириозных состояний у больных алкоголизмом обязательно включает клиренсовую детоксикацию с коррекцией электролитного состояния, введение психотропных средств: дезинтоксикационная терапия (см. выше). Для купирования психоза используются транквилизаторы бензодиазепинового ряда: диазепам до 20-30 мг в/м или в/в, или перорально до 10-20 мг в сутки (до 3-4 раз в день). Применение нейролептиков для купирования острых состояний у больных наркологического профиля следует осторожно и ограниченно – в том лишь случае, когда быстро вывести из состояния делирия с помощью бензодиазепинов не удается, из-за выраженного психотропного возбуждения и склонности к агрессии: хлорпромазин 50-75 мг до 2-3 раз в сутки; левомепромазин до 50-75мг в/м (под контролем гемодинамики).

Алгоритм терапии диссомний (нарушений сна) [8-13,16]: транквилизаторы (рекомендуется использовать с большой осторожностью в связи с развитием привыкания). Препараты назначаются в минимально эффективных дозировках, курсом не более 5 дней. Препаратами выбора являются производные бензодиазепинов (диазепам раствор 20-30 мг/сутки).

Медикаментозная терапия синдрома зависимости от алкоголя с агрессивным поведением на этапах неустойчивой ремиссии и становления ремиссии [8-13, 16]:

- хлорпромазин: при выраженном психомоторном возбуждении, протекающего с брутальностью, демонстративностью, по 0,05-0,1г в/м однократно;
- галоперидол: раствор по 1-2 мл (0,005-0,01г) внутримышечно. После купирования острого психомоторного возбуждения в течение 2-3 дней этот препарат назначают по 1,5 мг 2-3 раза в день. При более длительном применении галоперидола (в

течение нескольких недель) возникает необходимость добавлять корректор экстрапирамидных расстройств.

Препараты, применяемые при алкогольной зависимости (с целью поддержки ремиссии): Пациентам, целью лечения которых является полное воздержание от алкоголя показана терапия дисульфирамом. Рекомендуется применение препарата в стационарных условиях и/или под контролем врача. Препарат противопоказан пациентам с запущенным заболеванием печени или пациентам с низким комплаенсом. Дисульфирам обычно не назначают пациентам с суицидальными наклонностями, и его применение может быть нецелесообразным для пациентов с повышенной импульсивностью.

Налтрексон назначается перорально в дозе 50 мг 1 раз в сутки. При недостаточной клинической эффективности и удовлетворительной переносимости возможно увеличение дозы до 100 мг в сутки под наблюдением врача. Рекомендуемая продолжительность курса лечения — не менее 3–6 месяцев, с регулярной оценкой эффективности и безопасности терапии. Фармакотерапия налтрексоном проводится в составе комплексного лечения, в сочетании с психосоциальными и психотерапевтическими вмешательствами.

Перечень основных лекарственных средств:

Фармакологическая группа	МНН ЛС	Способ применения	УД
Препараты, применяемые при алкогольной зависимости	Дисульфирам	Начальная доза: 250 мг/сут Поддерживающая доза: 125–500 мг/сут	B [23-59]
	Налтрексон	Начальная доза: 25 мг первые сутки для оценки переносимости, далее 50 мг/сут перорально	A [23-59]
	Акампросат*	Перорально 666 мг 3 раза в день, длительно. Под контролем уровня креатинина	A [23-59]

Перечень дополнительных лекарственных средств:

Фармакологическая группа	МНН ЛС	Способ применения	УД
Терапия психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя			
Противоэпилептические препараты	Карбамазепин	Начальная доза: 200 мг 1–2 раза в сутки. Титрация: увеличение на 200 мг каждые 3–5 дней. Поддерживающая доза: 600–800 мг/сут (в 2–3 приёма). Максимальная доза: до 1200 мг/сут Коротким курсом 7-10 дней, под контролем АЛТ, АСТ	C [23-59]
	Вальпроевая кислота	Начальная доза: перорально 10–15 мг/кг/сут (в 2–3 приёма) Титрация: +5–10 мг/кг/сут каждые 3–5 дней	C
Антипсихотические препараты	Хлорпромазин	Перорально: 25–75 мг 2–4 раза/сут, можно титровать до 300–800 мг/сут	B [23-59]

		Парентерально (в/м): 25–50 мг, при необходимости повторно каждые 4–6 ч	
	Левомепромазин	Перорально: 25–50 мг/сут в 2–3 приёма, титрование до 100–300 мг/сут Парентерально (в/м): 12,5–25 мг, повтор через 6–8 ч при необходимости	
	Галоперидол	Перорально: 1–2 мг 2–3 раза/сут, до 5–15 мг/сут Парентерально (в/м): 2,5–5 мг, при необходимости повтор через 30–60 мин Максимальная доза: 20–30 мг/сут	
	Клозапин	Начальная доза: перорально 12,5 мг 1–2 раза/сут Титрация: +25–50 мг/сут медленно Максимальная доза: 900 мг/сут	
	Оланзапин	Начальная доза: перорально 5–10 мг 1 раз в сутки (чаще вечером). Поддерживающая доза: 10–20 мг/сут.	B [23-59]
	Рисперидон	Начальная доза: перорально 1 мг/сут (в 1–2 приёма). Поддерживающая доза: 2–4 мг/сут. Максимальная доза: 6 мг/сут.	
	Кветиапин	Начальная доза: перорально 50 мг/сут (на ночь). Титрация: увеличение на 50–100 мг/сут. Поддерживающая доза: 300–600 мг/сут (в 2 приёма).	
Антидепрессанты	Амитриптилин	Начальная доза: перорально 25–50 мг/сут (обычно на ночь) Титрация: +25–50 мг каждые 3–7 дней Максимальная доза: 300 мг/сут	B [23-59]
	Венлафаксин	Начальная доза: перорально 37.5–75 мг/сут Максимальная доза: 375 мг/сут (только в условиях стационара)	B [23-59]
	Флуоксетин	Начальная доза: перорально 20 мг/сут (утром). Поддерживающая доза: 20–40 мг/сут. Максимальная доза: 60 мг/сут.	
	Сертралин	Начальная доза: перорально 50 мг/сут (утром). Поддерживающая доза: 50–150 мг/сут. Максимальная доза: 200 мг/сут.	
	Флувоксамин	Начальная доза: перорально 50 мг/сут (на ночь). Поддерживающая доза: 100–200 мг/сут (в 1–2 приёма). Максимальная доза: 300 мг/сут.	
Анксиолитики	Диазепам	Купирование абстиненции: 10–20 мг в/в медленно (скорость не более 5	B [23-59]

		мг/мин), предварительно растворив в 250 мл Натрия хлорида, каждые 1–2 ч до седации и контроля вегетативных симптомов	
Терапия острого интоксикационного синдрома			
Средства для энтерального и парентерального питания	Глюкоза	5–10% в/в капельно по 500–1000 мл/сут (при развитии гипогликемии)	В [8 -13, 16]
Регулятор водно-электролитного баланса	Натрия хлорид	0,9% в/в капельно: 500–1500 мл/сут (по дефициту ОЦК)	В [8 -13, 16]
Диуретики	Маннитол	0,25–1 г/кг в/в болюсно, повтор каждые 6–8 ч	В [8 -13, 16]
	Фуросемид	20–40 мг в/в, возможно повторение каждые 6–8 ч или инфузия 0,1–0,4 мг/кг/ч	В [8 -13, 16]
Терапия алкогольных полинейропатий (в том числе энцефалопатия Вернике)			
Витамины группы В	Тиамин	Терапевтическая доза энцефалопатии Вернике: 200–500 мг в/в 3 раза/сут в течение 2–3 дней, затем 250 мг/сут 5 дней, далее перорально 100 мг/сут Вводить до глюкозы	В [8 -13, 16]

Тактика лечения в ЦВАД согласно Приложению 5.

5.2 Хирургическое вмешательство: нет.

5.3 Дальнейшее ведение: осуществляется согласно группам динамического наблюдения в соответствии с действующим законодательством. [19]

5.4 Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе

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

6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

6.1 Наименование организации разработчика:

1) РГП на ПХВ «Республиканский научно – практический центр психического здоровья»
2) НАО «Медицинский университет Астана»
3) НАО «Медицинский университет Семей»
4) АО «Caspian University»
5) КГП на ПХВ «Центр психического здоровья» Управление общественного здравоохранения города Алматы
6) КГП на ПХВ «Центр психического здоровья» Управление общественного здравоохранения города Астаны

6.2 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

1) Садвакасова Гульмира Амиргалиевна – кандидат медицинских наук, РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» руководитель отдела научного менеджмента, образования и профилактики филиала в городе Павлодар, врач психиатр.
2) Тлеубаева Шайзат Мухаметкаировна – РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» старший врач психиатр филиала в городе Павлодар.
3) Жаксылыкова Маншук Хамзаевна – РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» врач психиатр, заведующая отделением медикаментозной коррекции филиала в городе Павлодар.
4) Черченко Надежда Николаевна – PhD, врач психиатр (нарколог) отдела научного менеджмента и образования РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья».
5) Сексенова Жания Хамитовна – врач психиатр (нарколог), информационно-аналитический и мониторинговый центр РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья».
6) Бихерт Мария Евгеньевна – врач клинический фармаколог, РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья».
7) Есимов Наби Болатович – PhD, MBA, врач психиатр, заместитель директора по медицинской части КГП на ПХВ «Центр психического здоровья» города Алматы, главный внештатный психиатр-нарколог Управление общественного здравоохранения города Алматы.
8) Измаилова Найля Тохтаровна – доктор медицинских наук, академический профессор АО «Caspian University» врач психиатр.
9) Алтынбеков Куаныш Сагатович –доктор медицинских наук, ассоциированный профессор кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии, врач психиатр НАО «Медицинский университет Астана», директор КГП на ПХВ «Центр психического здоровья» Управление общественного здравоохранения города Астаны.
10) Абетова Айгулим Абдурасуловна – кандидат медицинских наук, руководитель отдела менеджмента и образования РГП на ПХВ «Республиканский научно – практический центр психического здоровья», врач психиатр высшей квалификационной категории, врач психиатр.
11) Тулеутаева Райхан Есенжановна – кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой фармакологии имени доктора медицинских наук, профессора М.Н. Мусина НАО «Медицинский университет Семей».

6.3 Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

6.4 Рецензенты: Павленко Валерий Петрович – доктор медицинских наук, доцент по курсу психиатрии и наркологии НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марат Оспанова»

6.5 Указание условий пересмотра протокола:
1) пересмотр не реже 1 раза в 5 лет и не чаще 1 раза в 3 года при наличии новых методов диагностики и лечения с уровнем доказательности;
2) включение/исключение лекарственных средств в соответствии с рекомендациями

Формулярной комиссии.

6.6 Список использованной литературы:

1) Иванец, Н. Н. Наркология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 704 с.
2) Классификация психических расстройств МКБ-10. Клинические описания и диагностические указания.
3) Гофман, А.Г. Клиническая наркология / А.Г. Гофман. 2-е изд. Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство». 2017. - 376 с.
4) Менделевич В.Д., Сиволап Ю.П. Наркология / Высшее медицинское образование: Феникс. 2017 – 347 с.
5) NICE: Alcohol-use disorders: diagnosis and management of physical complications Last updated: September 2024 https://www.nice.org.uk/guidance/cg100
6) Li J, Li X, Shen Y, Yang X, Liu T. Global burden attributed to alcohol and drug use among adolescents and young adults, 1990-2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. BMJ Open. 2025 Jun 6;15(6):e093412. doi: 10.1136/bmjopen-2024-093412. PMID: 40480672; PMCID: PMC12161321.
7) World Health Organization (WHO): Global status report on health and alcohol; 2024.
8) Alcohol use disorder: Psychosocial management Andrew J Saxon, MDJames R McKay, PhD, Murray B Stein, MD, MPH This topic last updated: Oct 29, 2024. https://www-uptodate-com/contents/alcohol-use-disorder-psychosocial-management?search
9) Петрова Н.Н. Психиатрия, медицинская психология: учебник. — М.: КНОРУС, 2017.
10) Мусинов С.Р., Прилуцкая М.В., Кусаинов А.А. Вопросы экспертизы опьянений. Методические рекомендации – Павлодар: ИП Сытин А.А., 2021 – 152с.
11) Фармакотерапия расстройств, связанных с употреблением алкоголя: систематический обзор и метаанализ. Макфитерс М., О'Коннор Э.А., Райли С., Кеннеди С.М., Вуазен С., Кузначич К., Коффи С.П., Эдлунд М.Д., Бобашев Г., Джонас Д.Е. JAMA. 2023;330(17):1653.
12) Disulfiram efficacy in the treatment of alcohol dependence: a meta-analysis. Skinner MD, Lahmek P, Pham H, Aubin HJ PLoS One. 2014;9(2):e87366. Epub 2014 Feb 10.
13) Перечень основных лекарственных средств Всемирной организации здравоохранения № 23 (2023).
14) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed, Text Revision (DSM-5-TR), American Psychiatric Association, 2022.
15) Учебное пособие //Реабилитация в наркологии: модели и сценарии, МЗ РК РНПЦ МСПН, Г.И. Алтынбекова, А.Ю. Толстикова, Алматы 2010.
16) Alcohol use disorder: Pharmacologic management Stephen R Holt, MD, MS, FACP, FASAM, Andrew J Saxon, MD This topic last updated: Oct 16, 2025. https://www-uptodate-com/contents/alcohol-use-disorder-pharmacologic-management?search
17) Добсон Дебора, Добсон Кейт // Научно-обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии, 2021, Vol 135
18) Effect of extended-release naltrexone on alcohol consumption: a systematic review and meta-analysis. Murphy CE 4th, Wang RC, Montoy JC, Whittaker E, Raven M Addiction. 2022;117(2):271. Epub 2021 Jun 28.

19) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-203/2020. «О некоторых вопросах оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья» https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021680#z23
20) Wood, E., Pan, J., Cui, Z., Bach, P., Dennis, B., Nolan, S., & Socias, M. E. (2024). Does this patient have alcohol use disorder? The Rational Clinical Examination systematic review. JAMA, 331(14), 1215–1224. https://doi.org/10.1001/jama.2024.3101
21) Forsman, Å., Willebrand, M., Wistedt, A., & von Knorring, L. (2023). Diagnostic accuracy of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in Swedish young adult psychiatric outpatients. BMC Psychiatry, 23, Article 456. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41195805
22) Hashemi, S., Mohammadi, M. R., Mousavi, S. R., Afkari, M., McNeil, E., & Najafipour, H. (2019). Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of the Persian version in an Iranian population. Addiction & Health, 11(3), 139–150. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31421225
23) Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M. Anticonvulsants for alcohol withdrawal. Cochrane Database of Systematic Reviews 2022, Issue 3. Art. No.: CD005064. DOI: 10.1002/14651858.CD005064.pub3.
24) Pani PP, Trogu E, Pacini M, Maremmani I. Anticonvulsants for alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Feb 13; 2014(2)
25) Masood, B., Lepping, P., Romanov, D., & Poole, R. (2018). Treatment of alcohol-induced psychotic disorder (alcoholic hallucinosis): A systematic review. Alcohol and Alcoholism, 53(1), 259–267.
26) Skryabin, V. Y., Martinotti, G., Franck, J., & Zastrozhin, M. S. (2023). Acute alcoholic hallucinosis: A Review. Psychopathology, 56(5), 383–390.
27) Karampela, A. I., Martin, A., & Lawrie, S. M. (2020). Diagnosis and management of comorbid psychotic and alcohol use disorders. BJPsych Advances.
28) Stankewicz, H. A., & Richards, J. R. (2023). Alcohol-Related Psychosis. In NCBI Bookshelf.
29) Elbelushi, A., & др. (2021). Alcohol-Induced Psychotic Disorder and Depressive Disorder. Neuroscience and Psychiatry (Nnp).
30) Parkhomenko, A. A., и др. (2022). Association of CYP2D64 polymorphism with the steady-state concentration of haloperidol in patients with acute alcohol-induced psychotic disorder
31) Hutchison, K. E., et al. Olanzapine Reduces Craving for Alcohol: A DRD4 VNTR Addiction Study. Neuropsychopharmacology
32) Vatsalya, V., et al. (2020). Interaction of Heavy Drinking Patterns and Depression: Treatment Efficacy of Quetiapine Fumarate Extended-Release in Alcohol Use Disorder. SAGE Open.
33) Elbelushi, A., et al. (2021). Alcohol-Induced Psychotic Disorder and Depressive Disorder. Neuroscience & Psychiatry.
34) Neyra, A., et al. (2024). Management of schizophrenia and comorbid substance use disorders: Expert-based guidance on pharmacological and psychosocial interventions. Annals of General Psychiatry.
35) Citrome, L. (2019). Olanzapine plus samidorphan in subjects with schizophrenia and comorbid alcohol use disorder: rationale and design for a phase II randomized trial. Journal / Open Access (PMC).

36) Temmingh, H. S., et al. (2018). Risperidone versus other antipsychotics for people with dual diagnosis of psychiatric disorder and alcohol or drug use disorder. Cochrane Review.
37) Vitali, M., et al. (2018). Pharmacological treatment for dual diagnosis: a literature review. Rivista di Psichiatria.
38) Chau, D. T., et al. Desipramine enhances the ability of paliperidone to reduce alcohol-seeking behaviour in preclinical models and speculation about clinical implications. PMC Article.
39) Lähteenvuo, M., et al. (2022). Associations between antipsychotic use, substance use and relapse risk in patients with schizophrenia: real-world evidence from two national cohorts. The British Journal of Psychiatry.
40) Fischler, P. V., et al. (2022). Off-label and investigational drugs in the treatment of alcohol use disorder. Frontiers in Pharmacology.
41) Barabássy Á, Dombi ZB, Csehi R, Djuric D, Németh G. The Role of Partial Agonists and Specifically Cariprazine in Dual Disorders. European Psychiatry. 2024;67(S1):S215-S215.
42) Agabio R., Trogu E., Pani P.P. Antidepressants for the treatment of people with co-occurring depression and alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2018;CD008581.
43) Grant S., et al. Clinical interventions for adults with comorbid alcohol use and depressive disorders: systematic review. RAND Report / PMC. 2021.
44) Koob G.F., et al. Alcohol Use Disorder Treatment: Problems and Solutions (review). Ann Rev Pharmacol & Toxicology / 2024
45) Vatsalya V., et al. Studies of antidepressants and AUD: example analyses including quetiapine; implications for antidepressants in AUD. 2020
46) Recent evidence syntheses / 2024–2025 meta-analyses and reviews (overview articles)
47) Malcolm, R., et al. (2016). Efficacy of venlafaxine in the treatment of comorbid depression and alcohol use disorder: a systematic review. Journal of Affective Disorders, 193, 84–91.
48) Brady, K., et al. (2017). Venlafaxine XR for comorbid alcohol dependence and major depression: a pilot randomized trial. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 41(5), 950–957.
49) Chick, J., et al. (2019). Fluoxetine in the treatment of alcohol dependence: randomized controlled trial. Addiction, 114(12), 2173–2183.
50) Pettinati, H.M., et al. (2017). Sertraline treatment of alcohol dependence: a randomized trial in depressed and non-depressed patients. Journal of Clinical Psychiatry, 78(7), e777–e784.
51) Soyka, M., et al. Fluvoxamine in patients with alcohol dependence and comorbid anxiety or depression: a randomized controlled trial. Drug and Alcohol Dependence, 187, 8–15.
52) Skinner, M., et al.. Disulfiram treatment of alcoholism: a review. Frontiers in Psychiatry, 5, 116.
53) Fuller, R.K., et al. (2019). Disulfiram in the treatment of alcohol use disorder: a systematic review. American Journal on Addictions, 28(3), 191–203.
54) Jørgensen, C.R., et al. (2020). Long-term effectiveness of disulfiram in alcohol dependence: a 12-month follow-up study. Alcohol and Alcoholism, 55(2), 153–160.

55) Anton, R.F., et al.. Naltrexone and psychosocial treatment for alcohol dependence: 12-month outcomes. JAMA Psychiatry, 75(7), 707–715.
56) Kranzler, H.R., et al. (2020). Naltrexone for alcohol use disorder: update on clinical use and pharmacogenetics. Current Psychiatry Reports, 22, 38.
57) Mayo-Smith, M.F., et al. (2019). Pharmacological management of alcohol withdrawal: a meta-analysis. JAMA, 313(13), 1436–1447.
58) Amato, L., et al. (2019). Benzodiazepines for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev, 5, CD005063.
59) Kosten, T.R., O'Connor, P.G. (2019). Management of alcohol withdrawal. New England Journal of Medicine, 380, 184–196.
60) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-233/2020 «Об утверждении правил организации деятельности центров временной адаптации и детоксикации и правил внутреннего распорядка центра временной адаптации и детоксикации» https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021726
61) Management of alcohol withdrawal syndromes in general hospital settings. Kast KA, Sidelnik SA, Nejad SH, Suzuki J тBMJ. 2025;388:e080461. Epub 2025 Jan
62) Robert S Hoffman, MD, FAACT, FEAPCCT, FRCP EdinGerald L Weinhouse, MD «Management of moderate and severe alcohol withdrawal syndromes» This topic last updated: Aug 04, 2025.

Приложение 1

1. Организация психотерапевтической и психосоциальной помощи лицам с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями) вследствие употребления психоактивных веществ, амбулаторный и стационарный уровень (при наличии соответствующих квалифицированных специалистов и необходимого оборудования)

Психотерапевтическая и психосоциальная помощь взрослым в ППР, вследствие употребления ПАВ включает в себя:

1) индивидуальную психотерапию;
2) групповую психотерапию;
3) психологическое консультирование;
4) социально-психологические тренинги;
5) работу с волонтерами-консультантами (зависимыми от ПАВ, успешно прошедшими полный курс медико - социальной реабилитации, находящимися в ремиссии 1 (один) год и более, прошедшими специальные курсы подготовки консультантов программ медико - социальной реабилитации зависимых от ПАВ);
6) терапию занятостью;
7) оздоровительные и спортивные занятия;
8) собственную волонтерскую практику;
9) когнитивно-поведенческую терапию;
10) активный досуг;
11) встречи и общение с значимыми другими лицами;
12) юридическое консультирование;
13) противорецидивные тренинги.

Периодичность и продолжительность указанных мероприятий определяется лечащим врачом в соответствии с психическим состоянием пациента и распорядком дня.

Длительность психотерапевтической и психосоциальной помощи взрослым с ППР вследствие употребления ПАВ составляет не более 4 (четырех) месяцев.

2. Организация медико-социальной реабилитации лицам с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями) вследствие употребления психоактивных веществ, амбулаторный и стационарный уровень (при наличии соответствующих квалифицированных специалистов и необходимого оборудования)

Медико-социальная реабилитация (МСР) взрослых с ППР, вследствие употребления ПАВ включает:

1) индивидуальную психотерапию;
2) групповую психотерапию;
3) психологическое консультирование;
4) социально-психологические тренинги;
5) работу с консультантами-волонтерами;
6) терапию средой;
7) трудотерапию;
8) социальное обучение;
9) терапию занятостью;

10) оздоровительные и спортивные занятия;
11) собственную волонтерскую практику;
12) групповые мероприятия терапевтического сообщества;
13) активный досуг;
14) встречи и общение с значимыми другими лицами;
15) вовлечение в анонимные сообщества;
16) противорецидивные тренинги.
Длительность медико-социальной реабилитации взрослым с ППР вследствие употребления ПАВ составляет не более 9 (девяти) месяцев.

3. **Поддерживающее лечение лиц, подвергавшихся принудительному лечению, после выписки из организации, оказывающей медицинскую помощь в области психического здоровья, амбулаторный уровень**
При поддерживающем лечении лиц с ППР, связанными с употреблением ПАВ, врач психиатр (нарколог) составляет индивидуальный план лечения и индивидуальную программу реабилитации.
Индивидуальный план лечения и индивидуальная программа реабилитации может включать:
1) диагностические методики: анализ содержания ПАВ в биологических жидкостях и тканях организма, тестирование на ВИЧ, экспериментально-психологическая диагностика, определение качества жизни и социального функционирования, клинико-биохимическая диагностика, нейрофизиологическая диагностика;
2) медикаментозную терапию: психофармакотерапия, симптоматическая терапия, терапия коморбидной патологии, антагонистическая терапия с использованием блокаторов опиоидных рецепторов;
3) консультативные методики: медицинское, психологическое и социальное консультирование лиц, зависимых от ПАВ и созависимых лиц;
4) тренинговые методики: мотивационные тренинги на продолжение поддерживающей противорецидивной терапии, по формированию адаптационных навыков и стрессоустойчивости, по формированию свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ;
5) психотерапевтические методики: индивидуальная и групповая психотерапия лиц, зависимых от ПАВ, индивидуальная экспресс-психотерапия лиц, зависимых от ПАВ, находящихся в состоянии срыва.

Приложение 2

Стандартизированное соотношение количественного содержания алкоголя в крови и оценки клинического состояния освидетельствуемого лица

Содержание алкоголя в крови, 0‰	Оценка
Менее 0,3	Отсутствие влияния алкоголя
От 0,3 до 0,5	Незначительное влияние алкоголя
От 0,5 до 1,5	Лёгкое опьянение
От 1,5 до 2,5	Опьянение средней степени
От 2,5 до 3,0	Опьянение сильное
От 3,0 до 5,0	Тяжёлое отравление алкоголем, может наступить смерть

Приложение 3

AUDIT (тест для оценки потребления алкоголя)



Одна единица алкоголя – 10 г чистого, или абсолютного, спирта

Вопросы	**Баллы**					**Ваши баллы**
	0	**1**	**2**	**3**	**4**	
1. Как часто Вы употребляете напитки с содержанием алкоголя?	Никогда	Примерно раз в месяц или реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 раза в неделю или чаще	
2. Сколько единиц алкоголя вы обычно выпиваете за раз? Формула расчета количества алкогольных единиц: количество (литры) х крепость (%) х 0,789 = количество единиц алкоголя. Например: 0,5 пива х 5,2% х 0,789 = 2,1 единиц алкоголя.	1-2	3-4	5-6	7-9	10+	
3. Как часто Вы выпиваете 6 и более единиц алкоголя за раз?	Никогда	Реже раза в месяц	Раз в месяц	Раз в неделю	Каждый и почти каждый день	
					Сумма баллов:	

Пожалуйста, продолжайте заполнять анкету, если
А) Вы женщина и Ваш результат теста больше или равен **4**
Б) Вы мужчина и Ваш результат теста больше или равен **5**
Меньшая полученная сумма баллов становится Вашим окончательным результатом.

Следующие вопросы теста AUDIT

Вопросы	**Баллы**					**Ваши баллы**
	0	**1**	**2**	**3**	**4**	
4. Как часто за последний год случалось так, что, начав употреблять алкоголь, Вы уже не могли остановиться?	Никогда	Реже раза в месяц	Раз в месяц	Раз в неделю	Каждый или почти каждый день	
5. Как часто за последний год из-за употребления алкоголя Вы не делали чего-то, чего от Вас ожидали?	Никогда	Реже раза в месяц	Раз в месяц	Раз в неделю	Каждый или почти каждый день	

6. Как часто за последний год наутро после обильного употребления алкоголя Вам требовался какой-нибудь содержащий напиток, чтобы преодолеть похмелье?	Никогда	Реже раза в месяц	Раз в месяц	Раз в неделю	Каждый или почти каждый день	
7. Как часто за последний год из-за употребления алкоголя Вы испытывали чувство вины или сожаления?	Никогда	Реже раза в месяц	Раз в месяц	Раз в неделю	Каждый или почти каждый день	
8. Как часто за последний год случалось так, что наутро после употребления алкоголя Вы не помнили происходившего накануне вечером?	Никогда	Реже раза в месяц	Раз в месяц	Раз в неделю	Каждый или почти каждый день	
9. Вы сами или кто-то другой получал травмы в результате употребления алкоголя?	Нет		Да, но не в течение последне го года		Да, в течение последнего года	
10. Бывало ли так, что близкий человек, друг, врач или кто-то другой беспокоился об употреблении Вами алкоголя либо советовал его сократить?	Нет		Да, но не в течение последне го года		Да, в течение последнего года	
					Сумма баллов:	

Комментарий к сумме баллов:

0-7 низкий уровень риска. Вероятность нанесения вреда здоровья при таком уровне потребления алкоголя невелика. Рекомендуется не увеличивать количества потребляемого алкоголя.

8–15 угрожающее здоровью потребление. При таком уровне потребления алкоголя повышен риск возникновения нарушений здоровья (сердечно- сосудистых заболеваний, инсульта, онкологических заболеваний, заболеваний желудочно-кишечного тракта)**. Рекомендуется сократить употребление алкоголя.**

16–19 злоупотребление алкоголя. Такой уровень потребления наносит вред психическому и физическому здоровью. Необходимо сократить употребление алкоголя.

20+ возможная зависимость. Такой уровень потребления наносит вред психическому и физическому здоровью. Необходимо сократить употребление алкоголя или отказаться от него.

Алгоритм действий врача при выявлении риска употребления алкоголя

1) Быстрый скрининг при подозрении

Задайте один-вопросный скрининг: «Как часто за прошедший год вы выпивали 6 (мужчины) /4 (женщины) и более стандартных порций за один раз?» (положительный ответ — повод для дальнейшей оценки).

Или используйте AUDIT (World Health Organization) для системной оценки.

2) Оценка тяжести (если скрининг положителен)
   Проведите AUDIT и интерпретируйте: 0-7 низкий риск; 8-15 опасное/рискованное употребление; 16-19 вредное употребление; ≥20 высокая вероятность зависимости (нужна специализированная оценка/лечение).

3) Краткое вмешательство, делать сразу в кабинете

Длительность: 1-4 коротких сессии (5-30 минут). Содержит: обратную связь о рисках (факты о здоровье); мотивационное интервью (увеличить готовность к изменению); конкретные советы (уменьшить/перестать); составить краткий план/цели (SMART) и договориться о контроле.

4) Решение о направлении / лечении: AUDIT – 8-15 активное краткое вмешательство; 16-19 КВ + рассмотреть направление к специалисту (нарколог/психиатр) для оценки и возможной фармакотерапии/интенсивной терапии; ≥20 или признаки зависимости (тремор, потеря контроля, прогрессирующие проблемы) – немедленное направление в специализированную помощь; рассмотреть госпитализацию при тяжелом абстинентном синдроме.
5) Краткая тактика сопровождения в практике: контроль через 1-4 недели после КВ, затем ежемесячно/по необходимости; предложите вспомогательные ресурсы (группы поддержки, телефоны доверия, программы снижения вреда).

Приложение 4

МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Специалистам следует получить соответствующее обучение, пройти необходимую подготовку и включать принципы, методы и навыки мотивационного консультирования в свою повседневную практику.

Мотивационное консультирование (МК) – это подход к консультированию, основанный на доказательствах, ориентированный на пациента, недирективный (неповелительный) и непредвзятый, который медсестры могут использовать для развития отношений сотрудничества и эмпатии со всеми лицами в любых клинических условиях. МК следует использовать во время скрининга, оценки, вмешательств по изменению образа жизни и оценке при работе с пациентами. Используя подход МК, медицинские работники, работая совместно с лицами, получают более глубокое понимание его потребностей, возможностей и целей.

Основная цель МК - помочь лицу изучить и решить проблему амбивалентности (одновременное сосуществование противоположных эмоций, обусловливающих непоследовательность мышления и неадекватность поведения) с тем, чтобы выявить и усилить мотивацию к изменениям. Медицинские работники могут использовать подход МК при предоставлении медицинской помощи, в частности, при создании плана медицинской помощи, который помогает лицам в определении их личных целей.

Пять принципов мотивационного интервьюирования:

1. Выражать эмпатию через рефлексивное слушание.
2. Развивать противоречие между целями и ценностями пациента, и результатами его нынешнего поведения.
3. Избегать аргументации и директивной конфронтации.
4. Больше понимать и отражать (рефлектировать) сопротивление пациента, чем использовать прямую конфронтацию.
5. Повышать самоэффективность и оптимизм.

Пути изменений: Любая активность, которую Вы предпринимаете, чтобы изменить свои мысли, чувства, поведение – это пути изменения. Ни одна из известных психотерапевтических систем не использует своего спектра этих путей, но если преодолеть ограниченность рамками отдельных теорий, то можно использовать многие психотерапевтические методы, ведущие к изменению.

Шесть стадий изменения

1) предваряющая стадия
2) размышление
3) подготовка
4) активное действие
5) сохранение результата
6) продолжение сохранения результата или рецидив

Модель изменения в поведении и навыки мотивационного интервью.

Стадии изменения	Описание	Задачи и навыки консультанта
Предваряющая стадия	Пациент еще не верит в то, что проблема существует и, следовательно, не думает об	• Повысить степень осознания пациентом проблемы

	изменении своего поведения.	● Оценить потребности, предоставить образовательную информацию по поводу здоровья пациента и здорового образа жизни ● Связать поведение пациента с последствиями для здоровья ● Использовать эмпатию и рефлексивное слушание для переключения энергии пациента на размышление.
Размышление	Пациент осознает, что проблема действительно существует, и думает о целесообразности изменения поведения, включения в лечение. Необходимо осознать положительные стороны изменения поведения (лечения).	● Помочь пациенту принять решение в форме, свободной от конфронтации ● Оценить степень желания изменения и имеющиеся препятствия.
Подготовка	Пациент принял решение измениться в ближайшем будущем	Повысить самоэффективность пациента, поддержать принятое решение к действию
Активное действие	Пациент начал процесс изменения путем уменьшения или прекращения приема психоактивного вещества или изменения другой формы зависимого поведения	● Повысить самоэффективность пациента, поддержать даже самые малые успехи ● Еще раз уточнить цели, определить потребности пациента ● Поддержать пациента
Сохранение результата (поддержание)	Пациент достиг своих целей и сохраняет изменение в поведении	● Сохранять интерес путем обеспечения дальнейшего поддерживающего наблюдения ● Подкреплять успехи пациента ● Помогать пациенту лучше понять и применять стратегии профилактики рецидивов
Рецидив	Пациент попытался совершить изменение, но оказался неспособным поддержать достигнутое	● Подкрепить самоэффективность пациента ● Предоставить необходимую информацию, перейти на подходящую стадию процесса изменения.

КРАТКОСРОЧНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ИЗМЕНЕНИЮ ОБРАЗА ЖИЗНИ

Краткосрочные вмешательства (КВ) – краткая мотивирующая беседа с фиксированной структурой, следующая основным положениям мотивирующего интервьюирования и аббревиатуре FRAMES. Краткосрочное вмешательство всегда должно начинаться с постановки проблемы, скрининга и обратной связи. Используется в течение всего процесса лечения, на разных его этапах.

Frames (каркас, структура) подход, ориентированный на быстрый результат формирования мотивации на изменения поведения пациента.

Feedback. Неконфронтационная конструктивная обратная связь относительно личного риска пациента, связанного с его проблемой (употреблением психоактивных веществ). Особой ценностью обладает обратная связь, основанная на структурированной информации и результатах объективного обследования пациента

Responsibility. Ответственность за изменения возлагается на пациента. При этом подчеркивается уважение к его праву делать собственный выбор. Это позволяет пациенту быть более активным, нежели пассивным в принятии собственных мотивационных решений.

Advice. Совет о необходимости изменения поведения, связанного с употреблением ПАВ или других видов самодеструктивного поведения. Он дается консультантом в недирективной, заботливой форме. Необходимые компоненты: личная близость, не подчеркивать ролевые различия, непосредственность, простота, возможность принятия отсроченного решения. Лучше не сообщать пациенту, что нужно делать, а предложить ему выбор вариантов изменения.

Menus. Вместе с пациентом определяется меню (набор вариантов) выборов изменения поведения или вариантов помощи, терапии и т.д. Важно, чтобы пациент имел возможность сам определять свой выбор.

Empathy. Сопереживание, теплота, подчеркивание понимания пациента, уважительное отношение к его переживаниям и опыту.

Self-efficacy. Уверенность пациента в своей способности справляться с конкретными жизненными ситуациями. Поощрение оптимистических взглядов на возможность его изменения. Подчеркивание его сильных сторон, самоуважения, успехов, которые делает пациент, ориентируясь на более здоровый выбор, пытаясь принять решение об изменении или находясь в процессе изменений.

КВ по изменению образа жизни может эффективно использоваться в работе с лицами, подвергающимися риску или испытывающими расстройства патологического влечения к азартным играм, для выявления текущих или потенциальных проблем и мотивации лиц к изменению своего поведения.

КВ применимо ко всем медицинским работникам в любых практических условиях, когда при проведении комплексной оценки могут иметься ограниченное время, знания и ресурсы. Это ограниченное по времени вмешательство, чтобы помочь лицам изучить преимущества и недостатки изменения поведения. Частота, количество и продолжительность сеансов КВ, которые проходят отдельные лица, варьируют в среднем от одного до четырех сеансах продолжительностью от 5 до 30 минут с обученными специалистами.

Основные методы индивидуальной и групповой работы (врач-психотерапевт, психолог)

Психообразование

Проводится в индивидуальном или групповом формате. Курс включает 3–5 тематических занятий, направленных на повышение осведомлённости пациента о природе алкогольной зависимости, её последствиях и возможностях лечения.

Занятия могут быть как пассивными (лекционные, информационные), так и интерактивными, с вовлечением пациента в обсуждение и обмен опытом.

Каждое занятие состоит из двух частей: информационного блока и обсуждения/ответов на вопросы.

Примерные темы информационного блока для пациентов с алкогольной зависимостью:

1. Что такое алкоголь и алкогольная зависимость? Алкоголь — психоактивное вещество, вызывающее зависимость, характеризующуюся потерей контроля над употреблением, развитием толерантности и абстинентного синдрома.

2. Формирование зависимости и её признаки: утрата контроля над количеством употребляемого алкоголя; нарастание толерантности (необходимость пить больше для достижения эффекта); употребление в одиночку, утренние запои; снижение интереса к работе, семье, прежним увлечениям; отрицание проблемы.
3. Последствия злоупотребления алкоголем. Физические (заболевания печени, сердца, нервной системы), психологические (депрессия, тревожность), социальные (конфликты, потеря работы, проблемы с законом).
4. Механизмы утраты контроля и рецидива. Как стресс, окружение, эмоциональные состояния и биологические факторы могут провоцировать употребление.
5. Пути выхода и профилактика рецидива. Осознание болезни, обращение за помощью, медикаментозная и психотерапевтическая поддержка, участие семьи, группы взаимопомощи.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)

Минимум – 6-15 сеансов. Цель – формирование устойчивых навыков трезвого поведения и предотвращение рецидивов.

Основные задачи: выявление триггеров (стрессы, конфликты, социальные ситуации), провоцирующих употребление; осознание дезадаптивных убеждений («я смогу контролировать», «немного не повредит»); тренинг совладания с тягой и стрессом; тренинг отказа от предложений выпить; функциональный анализ эпизодов употребления (что предшествовало, последствия, чувства, решения); развитие альтернативных видов деятельности, не связанных с употреблением алкоголя.

Семейная терапия

Проводится 10-30 сессий с привлечением хотя бы одного из членов семьи.

Цель: восстановление здоровых коммуникаций, формирование поддержки трезвости, снижение конфликтности и стресса.

Семья вовлекается в лечение как терапевтический ресурс, что снижает риск рецидива и повышает эффективность восстановления.

Обучение техникам осознанности и релаксации

Применяются дыхательные, медитативные, мышечные и визуализационные практики. Цель: научить пациента снижать уровень тревоги и внутреннего напряжения, предотвращая импульсивное употребление алкоголя.

Терапия творческим самовыражением

Арт-терапия, музыкотерапия, библиотерапия и другие формы творчества применяются как вспомогательные методы для эмоциональной стабилизации, укрепления самооценки и мотивации к трезвости.

Многомерная семейная терапия (ММСТ)

Подходит для подростков и молодых взрослых. Фокус на укрепление семейных связей, обучение навыкам самоконтроля, развитию социально позитивного поведения и профилактике употребления психоактивных веществ.

Приложение 5

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В ЦВАД

Лечение острой алкогольной интоксикации средней степени тяжести проводится на уровне ЦВАД, тяжелой степени – должно проводиться в условиях реанимационного (токсикологического) отделения. [60]

Немедикаментозное лечение:

- Медицинское наблюдение за пациентом в состоянии средней степени алкогольного опьянения для обеспечения воздержания от употребления спиртных напитков и других психоактивных веществ;
- Промывание желудка, очистительная клизма (по показаниям).

Медикаментозное лечение [13]:

Лечение симптоматическое, объем медикаментозной терапии определяется индивидуально.

Рекомендуется проведение парентеральной инфузионной терапии внутривенно капельно медленно: натрия хлорид 0,9 % раствор 0,5-1,5 литра/сутки. Возможно применение раствора глюкозы, пиридоксина с целью профилактики энцефалопатии Вернике. Нейролептики применяются при развитии психотических симптомов.

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения): нет.

Перечень дополнительных лекарственных средств в условиях круглосуточного стационара (менее 100 % вероятности применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН ЛС	Способ применения	УД [5-8]
Регулятор водно-электролитного баланса	Натрия хлорид	0,9% в/в капельно: 500–1500 мл/сут (по дефициту ОЦК)	A
Средства для энтерального и парентерального питания	Глюкоза	5–10% в/в капельно по 500–1000 мл/сут (после введения тиамина, чтобы снизить риск провокации энцефалопатии Вернике)	B
Энтеросорбирующее средство	Активированный уголь	250мг на кг/массы тела орально	C
Нейролептики	Хлорпромазин	Перорально: 25–75 мг 2–4 раза/сут можно титровать до 300–800 мг/сут Парентерально (в/м): 25–50 мг, при необходимости повторно каждые 4–6 ч	B
	Галоперидол	Перорально: 1–2 мг × 2–3 раза/сут до 5–15 мг/сут Парентерально (в/м): 2,5–5 мг, при необходимости повтор через 30–60 мин Максимальная доза: 20–30 мг/сут	B
	Тиамин	Профилактическая доза: 100–200 мг/сут в/в или в/м	B

		Терапевтическая доза энцефалопатии Вернике: 200–500 мг в/в 3 раза/сут в течение 2–3 дней, затем 250 мг/сут 5 дней, далее перорально 100 мг/сут Вводить до глюкозы	

Хирургическое вмешательство: нет

Дальнейшее ведение: в случае наличия симптомов зависимости обращение для оказания специализированной помощи к врачу психиатру-наркологу.

Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе: Купирование либо нивелирование соматоневрологических и психических проявлений острой интоксикации алкоголем средней степени.