

Протокол ведения больных

Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3) (утв. приказом Минздрава РФ от 22 октября 2003 г. N 500)

<u>I.</u>	<u>Область применения</u>
<u>II.</u>	<u>Нормативные ссылки</u>
<u>III.</u>	<u>Обозначения и сокращения</u>
<u>IV.</u>	<u>Общие положения</u>
<u>V.</u>	<u>Ведение протокола ведения больных</u>
<u>VI.</u>	<u>Общие вопросы</u>
<u>VII.</u>	<u>Характеристика требований</u>
<u>VIII.</u>	<u>Мониторирование</u>
Приложение 1.	Шкала оценки уровней реабилитационного потенциала больных наркоманией
Приложение 2.	Карта определения уровня реабилитационного потенциала больных наркоманией
Приложение 3.	Примерный план-схема одного дня внебольничной реабилитационной программы
Приложение 4.	Примерный план-схема одного дня реабилитационной программы дневного стационара
Приложение 5.	Примерный план-схема одного дня реабилитационной программы стационара реабилитационного учреждения (подразделения)
Приложение 6.	Схема продолжительности реабилитационных этапов и примерный график работы с больными в амбулатории
Приложение 7.	Мониторирование протокола ведения больных "Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)"
Приложение 8.	Перечень учреждений, ответственных за мониторинг протокола ведения больных "Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)"
Приложение 9.	Формулярные статьи лекарственных средств к протоколу ведения больных "Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)"
	<u>Библиография</u>

I. Область применения

Протокол ведения больных "Реабилитация больных наркоманией" предназначен для применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

II. Нормативные ссылки

В настоящем Протоколе использованы ссылки на следующие документы:

- Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.97 N 1387 "О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 46, ст.5312).
- Постановление Правительства Российской Федерации от 26.10.99 N 1194 "О Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 44, ст.5322).
- Федеральный закон "О наркотических средствах и психотропных веществах" от 08.01.98 N 3-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998 г., N 2, ст.219; 2002 г., N 30, ст.3033; 2003 г., N 2, ст.167).

III. Обозначения и сокращения

В настоящем Протоколе используются следующие обозначения и сокращения:

ВИЧ	- Вирус иммунодефицита человека
МКБ	- <u>Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем</u> Всемирной организации здравоохранения, десятого пересмотра
ЭКГ	- Электрокардиография
АД	- Артериальное давление
RW	- Реакция Вассермана

IV. Общие положения

Протокол ведения больных "Реабилитация больных наркоманией" разработан для решения следующих задач:

1. Определение и осуществление спектра мероприятий, оказываемых больным наркоманией на этапе реабилитации:

- комплекса фармакологических, физиотерапевтических и других мероприятий, направленных на подавление основного синдрома заболевания - патологического влечения к психоактивным веществам;

- нивелирование астенических (неврастенических), аффективных, поведенческих и интеллектуально-мнестических расстройств, обусловленных злоупотреблением психоактивных веществ;

- восстановление коммуникативных навыков;

- обучение пациентов навыкам противостояния стрессовым ситуациям и умению сказать наркотикам "нет";

- обучение умению определять предвестники обострения влечения к психоактивным веществам и преодолевать рецидивы заболевания;

- обучение анализу и оценке саморазрушающего и конструктивного поведения;

- формирование ответственности за свое поведение и здоровый образ жизни;

- формирование (или восстановление) навыков систематического труда и учебы;

- стабилизации профессиональных отношений, возобновление положительных социальных контактов;

- нейтрализации наркотической субличности и ее влияния на личность в целом, осознание и развитие здоровых конструктивных частей личности;

- формирование и закрепление нормативной ценностной ориентации и позитивных морально-этических установок;

- формирование реальной жизненной перспективы;

- восстановление семейных отношений;

- психотерапевтической работы с родственниками больных, направленной на расширение их знаний о медико-социальных последствиях наркомании, обучение навыкам оказания психологической поддержки больным и контролю их состояния с целью предупреждения рецидивов заболевания, преодоление созависимости;

- медико-социальной профилактики срывов (одно- или двукратное употребление наркотиков на фоне ремиссии) и рецидивов заболевания;

- формирование мотивации на участие в реабилитационных программах и стремления к жизни без психоактивных веществ;

- формирование целенаправленной деятельности и повышения нормативных уровней притязаний и социальных интересов;

- восстановление эмоциональной адекватности, умения дифференцировать положительные и отрицательные эмоции с акцентом на приоритет положительных эмоций при решении личных и социальных задач;

- повышение качества жизни наркологических больных, стремящихся пройти программу реабилитации и избежать рецидивов заболевания.

2. Определение формулярных статей лекарственных средств, применяемых в реабилитации больных наркоманией.

3. Установление единых требований к порядку реабилитации больных наркоманией.

4. Унификация расчетов стоимости медицинской помощи, разработок базовых программ

медицинского страхования и тарифов на медицинские услуги и оптимизации системы взаиморасчетов между территориями за оказанную больным с наркоманией медицинскую помощь.

5. Контроль объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в лечебно-профилактическом учреждении.

Область распространения настоящего Протокола - специализированные наркологические учреждения и подразделения лечебно-профилактических учреждений, включая амбулаторное реабилитационное отделение, стационарное реабилитационное отделение (центр).

В данном документе не рассматриваются случаи реабилитации больных наркоманией в сочетании с эндогенными психическими заболеваниями, выраженным слабоумием (олигофрения, деменция), декомпенсированной стадией психопатии, а также при выраженной антисоциальной (криминальной) ориентации больных, сопровождающейся отсутствием желания прекратить употребление психоактивных веществ, вызывающих болезненную зависимость.

В настоящем Протоколе используется шкала убедительности доказательств данных:

А) Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению.

В) Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение.

С) Достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

Д) Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного лекарственного средства в определенной ситуации.

Е) Веские отрицательные доказательства: имеются достаточно убедительные доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство или методику из рекомендаций.

V. Ведение протокола ведения больных

Ведение протокол# ведения больных "Реабилитация больных наркоманией" осуществляется ГУ "Национальный научный центр наркологии" Министерства здравоохранения Российской Федерации. Система ведения предусматривает взаимодействие указанного учреждения со всеми заинтересованными организациями.

VI. Общие вопросы

Наркомания - заболевание, обусловленное зависимостью от наркотического средства или психотропного вещества. Это заболевание характеризуется определенной совокупностью симптомов и синдромов (синдром зависимости, абстинентный синдром, изменением толерантности и др.), а также медицинскими последствиями (соматические, неврологические нарушения), личностными изменениями (морально-этическим снижением) и асоциальным поведением.

Больной наркоманией - лицо, которому по результатам медицинского освидетельствования, проведенного в установленном порядке, поставлен диагноз "наркомания".

Опийная наркомания (код по МКБ 10 - F11.20) возникает в результате длительного злоупотребления природными или синтетическими опиатами. К природным опиатам относятся наркотики, получаемые из опия сырца (*Papaver somniferum*), содержащего 20 алкалоидов и дериватов опия (морфин, героин, кодеин, тебаин и др.). Из полностью синтетических опиатов используются: мепередин, метадон, пропоксифен. В настоящее время наиболее широко используемым опиатом в России является героин, отвар маковой

соломки, опий-сырец.

Наркомания вследствие употребления каннабиноидов (код по [МКБ 10 F 12.20](#)) возникает в результате злоупотребления различными сортами конопли. Действующим началом является содержащийся в экстракте конопли ароматический альдегид каннабинол, концентрация которого играет основную роль в картине наркотического опьянения. Наркотическими продуктами переработки конопли являются: марихуана, гашиш (смола из конопли), гашишное масло (экстракт каннабиса, коричневая маслянистая жидкость), бханг (водный настой из высушенных частей растения), синсемилья (соцветия и верхушечные листья женских растений культурной конопли, которые сушат и затем курят) и др.

Наркомания и токсикомания вследствие употребления седативных и снотворных веществ (код по [МКБ 10 - F13.20](#)) возникает вследствие злоупотребления производными барбитуровой кислоты (барбитал, фенобарбитал и др.), реладормом, транквилизаторами (феназепам, реланиум, элениум и др.).

Наркомания вследствие злоупотребления кокаином (код по [МКБ 10 - F14.20](#)) возникает вследствие злоупотребления кокаином, являющимся природным веществом, получаемым из кустарника коки (*Erythroxylum coca*). Используются листья коки, кокаиновая паста (сырой кокаин), концентрированный кокаин гидрохлорид (чистый кокаин), специальным образом обработанные кристаллы алкалоида кокаина ("крэк" - обозначение, используемое в быту).

Наркомания вследствие употребления других психостимуляторов (код по [МКБ 10 - F15.20](#)) возникает вследствие злоупотребления природными и синтетическими веществами, к которым относятся амфетамин (фенамин), метамфетамины (первитин), эфедрой (меткатинон), метилен диоксиметиламфетамин (МДМА-1, "экстази" - обозначение стимуляторов амфетаминового ряда, используемое в быту), кат и др.

Наркомания вследствие употребления галлюциногенов (код по [МКБ 10 -F16.20](#)) возникает в результате злоупотребления природными и синтетическими веществами, к которым относятся диэтиламин лизергиновая кислота (ЛСД), фенциклидин (РСР), псилоцин, псилоцибин (грибы рода *Psilocybe*), мескалин (кактус вида пейот).

Полинаркомания возникает вследствие сочетанного злоупотребления двумя и более наркотиками и другими психоактивными веществами. Возможны различные комбинации и последовательность применения наркотических средств.

Лечением является совокупность медицинских мероприятий, направленных на устранение патологических процессов, развивающихся в больном организме, а также на устранение или облегчение страданий больного человека (например, дезинтоксикация, лечение психотических, постабстинентных, эмоциональных расстройств и т.д.).

Реабилитацией является совокупность медицинских (лечебных), психологических, социальных, образовательных и трудовых мер, направленных на восстановление физического и психического состояния больного, коррекцию, восстановление или формирование его социально приемлемых поведенческих, личностных и социальных качеств, способности приспособления к окружающей среде, полноценного функционирования в обществе без употребления психоактивных веществ, вызывающих наркологическое заболевание.

В наркологии реабилитация неотделима от медикаментозного и физиотерапевтического воздействия, так как она начинается на самых ранних этапах лечения, практически с первых контактов больного с медицинским персоналом и, в свою очередь, лечебные технологии (медикаментозные, физиотерапевтические и др.) используются на всех этапах реабилитации.

Интеграция и реализация этих близких, но самостоятельных направлений медицины, обеспечивает максимально эффективную помощь наркологическим больным, в связи с чем может быть признана "лечебно-реабилитационным процессом".

Реабилитационная среда в наркологии обеспечивается совокупностью факторов, организационных (реабилитационный центр, стационар, амбулатория, община, реабилитационное общежитие, соответствующие штаты и т.д.) и функциональных (медицинских, трудовых, психолого-психотерапевтических, образовательных,

воспитательных, микросредовых, семейных), объединенных программой реабилитации. Среда реализации лечебно-реабилитационных программ, в которой конструируется микросоциальное окружение, постоянно поощряющее нормативное поведение и жизнь без наркотиков, имеет решающее значение в решении задач поэтапного восстановления физического и психического здоровья наркологических больных и их ресоциализации.

По статистическим данным, в России за последние 10 лет число больных наркоманией, находящихся под наблюдением диспансеров, увеличилось почти в 9 раз: в 1991 г. - 21,2 на 100 тыс. населения, в 2000 г. - 185,8. Вместе с тем, согласно исследованиям Научно-исследовательского института наркологии Министерства здравоохранения Российской Федерации, в наркологические учреждения обращаются за помощью один больной из семи, по данным Министерства внутренних дел Российской Федерации количество потребителей наркотиков превышает 3 миллиона человек. Следовательно, учитывая рост заболеваемости наркоманией, в настоящее время в стране имеется около 2,5-3 миллионов лиц, злоупотребляющих наркотиками.

Параллельно росту распространенности наркомании в общей популяции отмечается рост заболеваемости наркоманией среди подростков. За последние 10 лет она увеличилась в 17 раз: в 1991 г. - 4,9 на 100 тыс. населения, в 2000 г. - и 84,5. Причем уровень заболеваемости наркоманией среди подростков почти в два раза выше, чем среди населения в целом: 84,5 на 100 тыс. подростков и 50,6 на 100 тыс. всего населения.

Больные опийной наркоманией составляют подавляющее большинство среди всего контингента больных наркоманией, поступивших на стационарное лечение. В частности, среди всех больных наркоманией, прошедших стационарное лечение в 2000 г., группа опиатных наркоманов составляет 97,6%; в том числе среди сельских жителей - 95,4%, среди детей - 91,7%, среди подростков - 96,7%.

Сугубо лечебные мероприятия позволяют добиться эффективности лишь у 3-5% больных наркоманией. Адекватное использование реабилитационных технологий повышает эффективность работы с больными до 70%. Следовательно, медико-социальная реабилитация не только снижает финансовые расходы на восстановление и ресоциализацию больных наркоманией, но и, естественно, повышает уровень качества их жизни.

Особенности клиники наркомании на этапе реабилитации

Комплекс клинической картины на основных периодах и этапах лечебно-реабилитационного процесса составляют:

- синдром зависимости;
- синдром отмены;
- астенический (неврастенический) синдром;
- аффективные синдромы (депрессивный, дистимический, дисфорический);
- поведенческие расстройства (декомпенсация психопатий, психопатоподобное поведение и др.);
- интеллектуально-мнестические расстройства, наблюдаемые при некоторых видах наркомании и токсикомании в результате многолетнего злоупотребления психоактивными веществами.

Синдром зависимости присутствует на всех этапах реабилитации, полностью не редуцируется даже при длительных ремиссиях. Он характеризуется потребностью (часто сильной, иногда непреодолимой) принимать психоактивное вещество (которое может быть предписано или не предписано врачом), алкоголь или табак. Возвращение к употреблению психоактивного вещества после периода воздержания приводит к более быстрому появлению признаков этого синдрома, чем у лиц, ранее не имевших синдрома зависимости.

Диагноз зависимости может быть поставлен при наличии 3-х или более ниже перечисленных признаков, возникавших в течение определенного времени на протяжении года:

а) Сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приему вещества.

б) Сниженная способность контролировать прием вещества: дозу, время начала и окончания приема, о чем свидетельствует употребление вещества в больших количествах и на протяжении периода времени большего, чем намеревалось, безуспешные попытки или постоянное желание сократить или контролировать употребление вещества.

в) Состояние отмены (абстинентный синдром), возникающее, когда, после длительного употребления в высоких дозах психоактивного вещества, уменьшается или прекращается его прием, что вызывает появление комплекса расстройств, характерных для этого вещества.

г) Повышение устойчивости (толерантности) к воздействию психоактивного вещества, приводящее к необходимости повышения дозы для достижения желаемых эффектов или в том, что хронический прием одной и той же дозы вещества приводит к явно ослабленному эффекту.

д) Поглощенность употреблением вещества, которая проявляется в том, что ради приема вещества полностью или частично отказываются от других важных альтернативных форм наслаждения и интересов, или в том, что много времени тратится на деятельность, связанную с приобретением и приемом вещества, для получения желаемых эффектов.

е) Продолжающееся употребление психоактивного вещества, несмотря на явные признаки вредных последствий, о чем свидетельствует хроническое употребление этого вещества при фактическом или предполагаемом понимании природы и степени вреда.

Абстинентный синдром (синдром отмены) характеризуется группой симптомов различного сочетания и степени тяжести, возникающих при полном прекращении приема вещества (наркотика или другого психоактивного вещества) или снижения его дозы после неоднократного, обычно длительного, в высоких дозах употребления данного вещества. Начало и течение синдрома отмены ограничены во времени и соответствуют типу вещества и дозе, непосредственно предшествующей воздержанию. Входит в структуру средней и конечной стадии зависимости от психоактивных веществ.

Синдром отмены опиоидов (наркотический абстинентный синдром) характеризуется следующими признаками: сильное влечение к принятию опиоидов, ринорея, чихание, слезотечение, мышечные боли или судороги, боли в животе, тошнота или рвота, диарея, расширение зрачков, образование "гусиной кожи", периодический озноб, потливость, тахикардия, артериальная гипертензия, зевота, беспокойный сон, аффективные расстройства и др.

Синдром отмены в периоды ремиссий проявляется в виде так называемой "сухой абстиненции", при которой отмечается неярко выраженная симптоматика в виде спонтанного влечения к наркотикам (алкоголю), появления алгических, вегетососудистых, эмоциональных и поведенческих расстройств.

На любом этапе лечебно-реабилитационного процесса встречаются спонтанные краткосрочные рецидивы симптоматики острой интоксикации в отсутствие реального употребления психоактивных веществ.

Астенический (неврастенический) синдром характеризуется состоянием повышенной утомляемости и раздражительности, неспособности к продолжительному физическому и умственному труду, расстройством сна (плохое засыпание, поверхностный сон), в некоторых случаях ипохондричность и фиксация на неприятных ощущениях в теле, эмоциональная и вегетативная лабильность, уклонение от любых видов деятельности. Чаще всего наблюдается в постабстинентном периоде и нередко, в менее выраженной форме, на этапах реабилитации.

Аффективные расстройства (депрессии, дистимии и дисфории) проявляются сниженным фоном настроения, ангедонией, апатией или тревожностью, плаксивостью, нарушениями сна, аппетита, снижением умственной и физической активности. В ряде случаев могут наблюдаться дисфорические депрессии с характерным для них девиантным поведением в виде повышенной раздражительности, несдержанности, брутальности, отказов от лечения и пр. Колебания настроения не связаны со временем суток, но четко

прослеживается их связь с индивидуальным ритмом злоупотребления наркотиками, обострением синдрома влечения и субстрессовыми (стрессовыми) ситуациями. В этих состояниях могут возникать суицидальные мысли, а в ряде случаев - демонстративные суицидальные поступки и значительно реже - суицидальные действия. Аффективные расстройства могут наблюдаться не только в постабстинентном периоде, но и на всех этапах реабилитации.

Поведенческие расстройства (психопатоподобное поведение, декомпенсация психопатий) возникают при обострении патологического влечения к наркотикам, проявляются выраженным негативным отношением к морально-этическим нормам любой микросоциальной структуры, будь то семья, лечебное учреждение, школа и пр. Больные возбуждены, агрессивны, склонны к разрушительным действиям, отказываются от участия в реабилитационном процессе, пытаются любым способом приобрести наркотики, алкоголь или другие психоактивные вещества. Втягивают в свои девиантные и делинквентные поступки, а нередко и в криминальные действия других пациентов, находящихся на реабилитации. Поведение с трудом поддается коррекции. Эти расстройства, главным образом, возникают в постабстинентном периоде, а у больных с выраженными психопатическими нарушениями они могут проявляться на всех этапах реабилитации.

Интеллектуально-мнестическое# расстройства проявляются в форме неглубоких нарушений ряда важных психических функций: снижением всех видов памяти, концентрации внимания, бедностью ассоциативных процессов, быстрой истощаемостью интеллектуальной деятельности, относительной неспособностью к творчеству. Для таких больных характерна низкая успеваемость, снижение когнитивных способностей и отсутствие интересов к приобретению профессии и осуществлению любой социально значимой деятельности. Для них также характерны различного формы девиантного поведения, рентные и гедонистические установки. В основном эти расстройства возникают после не менее 3-5 лет интенсивного злоупотребления наркотиками. Наиболее быстро интеллектуально-мнестические расстройства формируются в результате злоупотребления седативными и снотворными средствами.

Общие подходы к реабилитации больных наркоманией

Лечебно-реабилитационный процесс опирается на ряд положений и принципов, которые реализуются в цепи взаимосвязанных сложных функциональных отношений: наркологические больные (больной) - персонал реабилитационного учреждения - реабилитационная среда.

Лечебно-реабилитационный процесс может быть условно разделен на следующие основные периоды (комплексы): восстановительный, собственно реабилитационный и профилактический. Собственно реабилитационный период (комплекс) состоит из адаптационного, интеграционного и стабилизационного этапов. Проводятся в лечебных учреждениях наркологического профиля.

Восстановительный (предреабилитационный, преимущественно медицинский) период включает лечение острых и подострых состояний, вызванных хронической или острой наркотической интоксикацией - психотические нарушения, передозировка наркотиков, наркотический абстинентный синдром, выраженные постабстинентные расстройства, - и подготовку больных к участию в реабилитационных программах (продолжительность от 2 недель до 2 месяцев).

Первый этап реабилитации - адаптационный - направлен на приспособление больных **наркоманией** к условиям содержания и распорядку работы реабилитационного стационара или амбулатории. Мероприятия этого этапа имеют преимущественно медико-психологическую направленность. Осуществляется консультирование и обследование больных врачом-наркологом, психологом, психотерапевтом, социальным работником, а также проводятся противорецидивные мероприятия, формируется (усиливается) мотивация больного на участие в реабилитационном процессе.

Продолжительность этапа от 2 до 4 недель в условиях реабилитационных стационаров для больных со средним и низким уровнем реабилитационного потенциала, 2 недели в амбулаторно-поликлинических условиях для больных с высоким уровнем.

Второй этап реабилитации - интеграционный - представляет собой вхождение в реабилитационную программу, включающую медицинский, психологический, психотерапевтический и социальный аспекты. Формируются устойчивые группы больных, объединенных общим кругом интересов, способных оказывать положительное влияние друг на друга, увлеченных учебной, стремящихся приобрести профессию, любящих спорт, искусство, животных и прочее. Продолжается психотерапевтическая работа с родственниками больных и терапия созависимости.

Продолжительность этого этапа: в условиях стационара 2-3 месяца для больных со средним и низким уровнем реабилитационного потенциала, в условиях амбулатории - 1-1,5 месяца для больных с высоким уровнем и 2-2,5 месяца для больных со средним и низким уровнем.

Третий этап реабилитации - стабилизационный - направлен на восстановление и стабилизацию физического и психического состояния больного. Акцент переносится на психосоциальный аспект реабилитационной программы, преследующей достижение основной цели - восстановление, коррекцию или формирование нормативных личностных и социальных качеств больных, возвращение их в семью и общество. Увеличивается объем физического и интеллектуального труда, стимулируется профессиональная ориентация, больные вовлекаются в работу по само- и взаимопомощи в сообществах анонимных наркоманов (НА), анонимных алкоголиков (АА), Нар-Анон и пр., т.е. амбулаторные больные направляются, а стационарные - регулярно вывозятся из реабилитационного центра для участия в работе этих сообществ. Одновременно проводятся терапевтические мероприятия, направленные на лечение поражений печени, сердца и др. органов, в зависимости от существующей у больного симптоматики.

Продолжительность этого этапа: в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях 3-4 месяца для больных с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала, если ее реабилитационная программа рассчитана на полгода, 8-10 месяцев - при одногодичной программе, 14-15 месяцев - при полуторагодичной программе и 20-21 месяц - при двухгодичной программе.

Перечисленные этапы реабилитации целесообразно реализовывать без перерыва, что позволяет добиться преемственности и высокой эффективности реабилитационного процесса. Сроки реализации реабилитационных программ зависят от уровня реабилитационного потенциала больных и быстроты адаптации к функционированию в условиях амбулатории или стационара.

В случае возобновления приема наркотиков на любом из реабилитационных этапов, т.е. при наступлении рецидива заболевания, больной направляется в наркологическое отделение (стационар) с целью проведения дезинтоксикационной терапии, подавления патологического влечения к наркотикам и проведения необходимой психологической коррекции.

Все медицинские, психологические, психотерапевтические и социальные реабилитационные мероприятия должны быть отражены в истории болезни или в амбулаторной карте.

Профилактический (постреабилитационный, сугубо амбулаторный) период (комплекс) направлен на профилактику "срывов" и рецидивов наркомании у больных, завершивших программу реабилитации в амбулатории или стационаре (центре). На этом периоде больным оказывается психологическая, социальная и правовая поддержка в условиях амбулатории. Продолжительность его строго индивидуальная, определяется стабильностью интегрированности больного в общество, но должна быть не менее одного года.

Определение прогноза реабилитационных мероприятий при наркомании

Прогностическая оценка потенциальных возможностей пациента к выздоровлению, возвращению в семью и к общественно полезной деятельности, основанная на объективных данных о наследственности, преморбиде, социальном статусе, особенностях физического и психического развития, а также форме и тяжести наркологического заболевания и последствиях злоупотребления психоактивными веществами, определяется как реабилитационный потенциал.

Уровень реабилитационного потенциала - интегральная характеристика, отражающая все этапы формирования болезни и развития личности от преморбидных особенностей и индивидуальной предрасположенности до четко очерченного клинического диагноза, личностного и социального статуса. Он также объединяет индивидуальные когнитивные, эмоциональные, мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности и основное направление личностного и социального развития, а так же ценностную ориентацию больного.

В зависимости от степени выраженности основных составляющих реабилитационного потенциала **больные наркоманией** могут быть разделены на три группы: больные с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала. Шкала критериев для оценки уровней реабилитационного потенциала приводится в [табл.1](#) (правила ее использования приведены в [приложении 2](#) к настоящему протоколу ведения больных).

Высокий уровень реабилитационного потенциала характеризуется:

- низким удельным весом наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями, преимущественно нормативным психическим и физическим развитием, хорошими или удовлетворительными условиями воспитания;
- относительно поздним началом употребления наркотиков (в 18-20 лет), непродолжительностью заболевания (до 1 года);
- преимущественно интраназальным, пероральным или ингаляционным способами употребления наркотиков, периодической формой влечения к наркотикам;
- начальной (первой) стадией зависимости по [МКБ-10](#);
- мононаркоманией,
- отсутствием передозировок психоактивных веществ и суицидальных тенденций;
- низкой интенсивностью симптомов наркотического абстинентного синдрома (нивелируются в течение 2-3 дней), постабстинентные расстройства не выражены;
- достаточной устойчивостью нормализованных семейных отношений, вовлечением в учебу или работу, приобретенной или приобретаемой профессией, относительным разнообразием социокультуральных интересов (искусство, спорт, бизнес и пр.), отсутствием вовлеченности в криминальные или полукриминальные структуры;
- отсутствием стойких изменений личности больных: интеллектуально-мнестическое снижение и грубые аффективные нарушения фактически отсутствуют, морально-этические отклонения носят транзиторный характер.

Как правило, у этого контингента больных наблюдаются спонтанные ремиссии или стойкие терапевтические ремиссии. Чаще всего отсутствуют соматические заболевания и психопатологические нарушения, приобретаемые в период злоупотребления психоактивных веществ гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем, туберкулез, [ВИЧ](#)-инфекция, выраженные эмоциональные и поведенческие расстройства. Критика к заболеванию сохранена, есть обоснованное желание избавиться от пристрастия к наркотикам. В связи с этим мотивация на участие в реабилитационном процессе носит добровольный характер с преобладанием <#> мотивов роста, т.е. преобладает желание учиться, получить хорошее образование, продвигаться по служебной лестнице, быть успешным, соблюдать морально-этические принципы общества и т.д.

Средний уровень реабилитационного потенциала характеризуется:

- средним удельным весом наследственной отягощенности наркотическими и психическими заболеваниями по прямой (отец, мать) или восходящей линии родителей (бабушка, дедушка);
- воспитанием в неполной семье, средним или плохим материальным положением,

часто неровными отношениями между членами семьи;

- относительно часто встречающейся задержкой физического или психического развития, девиантностью поведения, нарушениями сексуальной сферы, легкой внушаемостью;

- началом употребления наркотиков с 16-17 лет, продолжительностью заболевания от 1 года до 3 лет;

- средней (второй) стадией зависимости по [МКБ-10](#);

- преимущественно внутривенным введением наркотиков, параллельным злоупотреблением# другими психоактивными веществами;

- преобладанием постоянной формы влечения к психоактивным веществам, особенно в периоды рецидивов заболевания. Опиный (героиновый) наркотический абстинентный синдром и постабстинентные расстройства имеют интенсивную и стойкую клиническую выраженность (продолжается до 7-10 дней, постабстинентные расстройства - до 1,5-2 месяцев);

- единичными случаями передозировки наркотиков и суицидальные мысли (иногда демонстративные суицидальные действия) в период наркотического абстинентного синдрома;

- редкими случаями спонтанных ремиссий, которые если и наблюдаются, то они, как правило, короткие и неустойчивые;

- конфликтными отношениями с родителями, супругом (женой, мужем), детьми и другими родственниками;

- трудно корригируемым поведением, проявляющимся в агрессивности, повышенной раздражительности, неуступчивости, порой замкнутостью, мотивационной неустойчивостью;

- однообразным или низким кругом социальных интересов, утратой профессиональных навыков и "умений", безразлично-пассивным отношением к труду;

- морально-этическими изменениями средней тяжести (эгоцентризм, лживость, лицемерие, вороватость, безответственность, цинизм, неуступчивость, агрессивность и пр.); вместе с тем, они стремятся произвести хорошее впечатление на тех людей, которые их мало знают, тщательно скрывают употребление наркотиков;

- снижением контроля за своими эмоциями, склонностью к разрушительным действиям; стратегия жизненно важных планов обычно завершается их вербальной формулировкой и обещаниями "начать действовать", "прекратить фантазировать".

У этого контингента больных часто отмечается бытовое злоупотребление алкоголем, а иногда и болезненная зависимость. Нередко выявляются заболевания, приобретенные в период наркотизации примерно у двух третей из них выявляются гепатиты, у каждого четвертого больного - заболевания, передающиеся половым путем, иногда ВИЧ-инфекция и туберкулез. Из приобретенных психопатологических нарушений у трети больных отмечаются поведенческие и эмоциональные расстройства, неврастенический синдром. Мотивация на участие в реабилитационном процессе носит преимущественно добровольно-принудительный характер с преобладанием прагматических мотивов, которые характеризуются желанием избавиться от болезненных проявлений наркотического абстинентного синдрома, получить поддержку, улучшить отношения с родителями или другими социально значимыми лицами, избежать наказания и пр.

У большинства больных формируется социофобический синдром включающий: а) страх подвергнуться критике, осуждению, наблюдению, контролю; б) психический дискомфорт в тех ситуациях социального взаимодействия, когда может вскрыться сам факт употребления ими наркотиков или негативные стороны наркотизации.

Низкий уровень реабилитационного потенциала. Характерным является:

- высокий удельный вес наследственной отягощенности наркологическими или психическими заболеваниями по линии родителей (мать, отец) или ближайших родственников (бабушка, дедушка, дядя, тетя, брат, сестра), воспитанием в неполных семьях среднего или низкого материального положения с неровными или конфликтными отношениями в семье, злоупотреблением алкоголем (пьянством) одного или обоих

родителей или гиперопекой родителей (или разведенной матери);

- задержка или патология физического и, особенно, психического развития; инфантилизм, невротическое развитие, психопатии, девиантное, а порой и делинквентное поведение в анамнезе (примерно, в двух третях случаев);

- как правило, посредственная успеваемость в школе (особенно в средних и старших классах);

- обычно незаконченное среднее образование до начала употребления наркотиков;

- круг интересов крайне ограниченный и неустойчивый;

- раннее употребление алкоголя с 11 - 12 лет, злоупотребления психоактивными веществами с 12 - 15 лет;

- продолжительность заболевания наркоманией более 3 лет, способ введения наркотика преимущественно внутривенный, в основном отмечается параллельное злоупотребление другими психоактивными веществами (психостимуляторы, галлюциногены, транквилизаторы и пр.);

- конечная (третья) стадия зависимости по [МКБ-10](#);

- вид влечения к наркотикам - постоянный;

- наркотический абстинентный синдром (опиатный, героиновый) протекает тяжело, сопровождается грубыми аффективными расстройствами, психопатоподобным поведением, асоциальными поступками и пр. (продолжительность 9-12 дней). Продолжительность постабстинентных расстройств до 2-3 месяцев;

- передозировки психоактивными веществами (очень часто), суицидальные мысли и действия (более чем у половины больных) в период наркотического абстинентного синдрома или в ремиссии. Спонтанные ремиссии отсутствуют.

- отсутствие собственной супружеской семьи; семейные отношения конфликтные или крайне конфликтные с преобладанием интерперсональной неприязни или агрессивности;

- образование чаще среднее, редко - незаконченное среднетехническое или высшее; как правило, больные не работают и не учатся, отношение к работе или учебе в основном безразлично-пассивное или негативное, у большинства больных профессиональные навыки и умение учиться частично или полностью утрачены;

- круг социальных интересов в основном низкий;

- у половины больных имеется судимость, четко связанная с употреблением наркотиков;

- выраженная# морально-этическое и интеллектуально-мнестическое снижение: ложь, безответственность, антисоциальность, гомосексуальные и садомазохистские тенденции, неумение пользоваться своим опытом, стремление возложить вину за свое заболевание на окружающих; торпидность мышления, ослаблены способности к обобщению, к концентрации внимания, преобладает быстрая умственная утомляемость, бестолковость, снижение всех видов памяти; круг интересов преимущественно сосредоточен на наркотиках;

- грубые эмоциональные нарушения с преобладанием подавленного настроения, ипохондричности, аффективной неустойчивостью и депрессиями, которые нередко сопровождаются суицидальными проявлениями.

У подавляющего большинства больных диагностируют гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем, у каждого десятого больного - туберкулез или [ВИЧ](#)-инфекции, в половине случаев - злоупотребление психоактивными веществами сочетается с употреблением алкоголя, нередко (в каждом третьем случае) наблюдается болезненная зависимость от алкоголя. Из приобретенных патологических нарушений практически у всех больных определяются эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии, тревога и др.), астенический (неврастенический) синдром, поведенческие нарушения (психопатоподобное поведение, психопатия), социофобия. В сексуальной сфере отмечается снижение либидо и потенции, сексуальные связи редкие или отсутствуют. Критика к своему поведению и асоциальным поступкам снижена или отсутствует при условии полного признания своего заболевания. Как правило, эти больные не верят в возможность выздоровления и нормализацию социального положения. Поэтому мотивация на участие в реабилитационном процессе в основном проявляется не добровольным осознанным согласием, а основана на

прагматических мотивах: избежать преследования, наказания, получить "поддержку", выгоду и прочее.

Режим реабилитации

I этап - адаптационный - включает:

- консультирование и обследование больных врачом психиатром-наркологом, психологом, (психотерапевтом), социальным работником.
- психокоррекционные и мотивационные мероприятия на участие в программе;
- противорецидивные мероприятия;
- психотерапевтическую работу с родственниками.

Координатор этапа - врач психиатр-нарколог.

II этап - интеграционный - включает:

- формирование устойчивых групп больных, объединенных общим кругом интересов, способных оказывать положительное влияние друг на друга, увлеченных учебой, стремящихся приобрести профессию, любящих спорт, искусство, животных и прочее;
- психотерапевтическую работу с родственниками.

Координаторы этапа - врач психиатр-нарколог и/или психолог.

III этап - стабилизационный - включает:

- реализацию возможностей реабилитационной среды, а также медицинских, психологических и социальных технологий;
- стимулирование профессиональной ориентации, увеличение объема физического и интеллектуального труда, вовлечение больных в работу групп само- и взаимопомощи;
- подготовку к выписке из реабилитационного учреждения и функционированию в открытой социальной среде;
- психотерапевтическую работу с родственниками.

Координаторы этапа - психолог и/или специалист по социальной работе. После завершения программы интенсивной реабилитации больной включается в программы поддерживающей реабилитации - профилактические (постреабилитационные), направленные на усиление мотивов личностного и социального роста, на профилактику срывов и рецидивов заболевания (амбулаторно).

С первых дней реабилитации больного убеждают в том, что он обязан подтвердить (своим поведением, соблюдением распорядка дня, выполнением рекомендаций сотрудников реабилитационного центра, активным участием в программе и т.д.) готовность быть переведенным на следующий этап реабилитации.

После завершения каждого этапа члены наркологической бригады (врач психиатр-нарколог, психолог, социальный работник и др.) оценивают состояние больного и коллегиально выносят решение о переводе больного на последующий этап реабилитации или оставляют его на прежнем этапе.

Начиная со второго этапа, проводится аттестация (оценка) достижений больного по следующим направлениям: этика поведения в реабилитационном центре (стационар, амбулатория, семья); самообслуживание; отношение к труду; приобретение и совершенствование профессиональных навыков; отношение к учебе (уровень успеваемости); участие в работе секций, кружков и т.д.; качество индивидуальной работы по заданиям специалистов и ответственность за взятые на себя обязательства, отношения с родителями; коммуникативные навыки; уровень межличностных отношений; критика к своему заболеванию; восприятие своего будущего и реальность планов на ресоциализацию и т.д.

В конце третьего (стабилизационного) этапа перед выпиской из реабилитационного учреждения проводится обследование и итоговая аттестация, которая включает анализ данных соматического и психического состояния больного, письменное тестирование (экзамен) и собеседование.

Аттестация проводится: а) членами реабилитационной бригады; б) членами психотерапевтических групп, учебного класса, производственного коллектива в которых находился больной.

Аттестационный экзамен включает письменные ответы на вопросы и компьютерное тестирование, к основным темам этого "испытания" относятся: понимание наркомании как болезни (медицинские, психологические, социальные признаки); последствия наркомании; признаки обострения заболевания; навыки профилактики срывов и кризисных ситуаций; роль труда и учебы в выздоровлении; самооценка; критика к своему заболеванию; определение таких понятий как эмоции, воля, дружба, ответственность, совесть, долг, правдивость, трудолюбие, цель, карьера, семья, духовность и др.

Устное собеседование носит дружеский характер. Подготовленный к выписке пациент отвечает на вопросы своих товарищей и членов реабилитационной бригады. Обязательным является рассказ о себе, о своем заболевании, динамике выздоровления, позитивных достижениях, о взаимоотношениях с семьей, о конкретных планах после выписки из реабилитационного учреждения. Итоговая аттестация завершается (желательно в присутствии родственников) добрыми напутствиями и вручением пациенту памятного подарка в виде своеобразного "свидетельства" о завершении реабилитационной программы.

Организация медицинской помощи при реабилитации больных наркоманией

Оказание медицинской помощи больным наркоманией проводится врачами психиатрами-наркологами, в компетенцию которых входит установление диагноза основного и сопутствующих заболеваний, наблюдение за больным, оценка динамики клинической симптоматики, проведение диагностических, лечебных, восстановительно-реабилитационных мероприятий. Кроме того, в реабилитации больных могут принимать участие психолог, психотерапевт, специалист по социальной работе, социальный работник, инструктор по труду, педагог, инструктор по спорту и др., а также медицинские сестры, имеющие специальную подготовку. В случае возникновения инфекционных и соматических заболеваний (например, заболеваний, передающихся# половым путем, пиелонефрита, язвенной болезни и т.п.), лечение которых осуществляется в период реабилитации, к ведению больных привлекаются врачи соответствующих специальностей (инфекционисты, терапевты, гастроэнтерологи и т.д.).

Весь комплекс реабилитационных мероприятий реализуется членами наркологической бригады, представляющей собой группу специалистов в области реабилитации, в которую входят: врач психиатр-нарколог, психолог, специалист по социальной работе, инструктор по труду и др. В результате их взаимодействия обеспечивается поэтапное решение задач реабилитационного процесса. Члены наркологической бригады составляют индивидуальную программу реабилитации для каждого больного, которая описывает все мероприятия независимо от условий их осуществления - амбулаторно-поликлинических или стационарных. Программа реабилитации согласовывается с больным, что позволяет усилить ее психотерапевтическое значение и повысить ответственность самого больного за ее реализацию.

Программа включает несколько основных блоков, медицинский, психологический (психокоррекционный), социальный. Реализацию медицинского блока программы контролирует врач психиатр-нарколог, психологического - психолог, социального - специалист по социальной работе (социальный работник).

Следует иметь в виду, что реабилитация больных наркоманией осуществляется не в естественных условиях их проживания, а в искусственно созданной для личностного и социального восстановления (функционирования) больных реабилитационной среде, в которой реализуется программа реабилитации и идеология реабилитационного учреждения, включая систему контроля, поощрения или порицания, ответственности и психологической поддержки, что в значительной степени гарантирует предотвращение срывов или рецидивов заболевания. Реабилитационная среда не только является терапевтическим инструментом ресоциализации, но и защищает больных от пагубного воздействия наркоманической субкультуры и, прежде всего, от потребления наркотиков, а также в значительной степени моделирует их функционирование в открытом обществе.

Условно, в зависимости от защищенности больных от проникновения и употребления наркотического средства или психотропного вещества, выделяют три вида реабилитационных сред для наркологических больных:

1) открытые - специализированная поликлиника (амбулатория), сообщества анонимных алкоголиков, анонимных наркоманов, семейные клубы трезвости и др., а также позитивно скоррегированная семья больного, место учебы, досуга, но только в том случае, если они свободны от психоактивных веществ и если в них создан высокий уровень защищенности больных от влияния наркоманической субкультуры и употребления наркотиков;

2) полузакрытые - дневной стационар, община, реабилитационное общежитие, "дом на полпути" и др.;

3) закрытые - наркологический реабилитационный центр или больница, монастырь/храм, а также пенитенциарные учреждения, как особая система реализации реабилитационных программ.

Реабилитационный процесс в любой реабилитационной среде осуществляется при обязательном участии врача психиатра-нарколога, который выступает как член наркологической бригады или как консультант (например, в общинах, группах взаимопомощи, конфессиональных учреждениях и т.п.).

Степень защищенности от срывов и рецидивов заболевания выше и надежнее в закрытых реабилитационных средах, в которые преимущественно направляются больные со средним или низким уровнями реабилитационного потенциала и выраженным девиантным поведением. В полузакрытых или открытых реабилитационных средах защищенность реабилитируемых больных от проникновения психоактивных веществ и влияния наркологических больных, не мотивированных на лечение и ресоциализацию, склонных к агрессии и антисоциальным поступкам, значительно ниже. Вместе с тем, в полузакрытые и открытые реабилитационные среды направляются больные преимущественно с высоким или средним уровнями реабилитационного потенциала, с повышенной ответственностью, желанием и умением противостоять "соблазну" повторной наркотизации, прошедшие определенный курс реабилитации в закрытых реабилитационных средах, т.е. больные, подготовленные к функционированию в рецидивно опасных ситуациях. Поэтому очень важно своевременно, основываясь на положительной динамике восстановления функциональных проявлений заболевания, обеспечить реализацию принципа "этапности" при осуществлении лечебно-реабилитационного процесса, т.е. своевременно перевести больных из закрытых в полузакрытые и открытые реабилитационные среды. В необходимых случаях, если больному трудно удерживаться в открытой реабилитационной среде, то, при его согласии, он может быть переведен в полузакрытую или закрытую среду.

Психотерапия проводится на всех этапах реабилитации и направлена на устранение личностных и поведенческих расстройств, формирование целенаправленной нормативной личности, внутренней мотивации на участие в реабилитационных программах и отказ от употребления ПАВ, повышение нормативных уровней притязаний, восстановление эмоциональной адекватности, умение дифференцировать положительные и отрицательные эмоции с акцентом на приоритет позитивных эмоций при решении личных и социальных задач.

Выбор и продолжительность психотерапевтических методик с индивидуальными, групповыми и семейными занятиями определяется уровнем реабилитационного потенциала, особенностями клиники основного заболевания, личностного и социального статуса больного. Обязательным является осуществление хотя бы одного из перечисленных методов психотерапии: когнитивная, бихевиоральная (поведенческая), психодинамическая, гуманистическая, системная, а также - семейная психотерапия. Решение задач реабилитации в наркологии предполагает обязательное использование семейной психотерапии как для диагностики и коррекции семейных проблем, так и для создания внутрисемейной реабилитационной среды. В качестве пациента выступает вся семья, члены которой, благодаря психотерапевтическому воздействию, обучаются дифференцироваться во внутрисемейном общении, родители дополнительно приобретают навыки взаимодействия

со своими больными детьми, умению предотвращать и определять "срывы" и рецидивы заболевания.

Реабилитация в амбулаторно-поликлинических условиях

В амбулаторные реабилитационные отделения направляются следующие больные:

- больные наркоманией с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала, завершившие восстановительный (предреабилитационный) комплекс лечебных мероприятий и изъявившие желание пройти реабилитационную программу в условиях амбулатории;
- больные наркоманией, переведенные в амбулаторно-поликлинические учреждения (отделения) после частичного или полного завершения реабилитационной программы в наркологических реабилитационных учреждениях (центр, община и др.);
- больные наркоманией, прошедшие реабилитацию в различных религиозных конфессиях (христианских, исламских, буддистских и др.);
- больные наркоманией, освобожденные из мест лишения свободы и добровольно согласившиеся на участие в реабилитационных программах;
- больные наркоманией, направленные решением суда на принудительное амбулаторное лечение и реабилитацию.

Осуществление реабилитационных программ в амбулаторных условиях и дневном стационаре позволяет больным продолжить работу или учебу, жить дома под присмотром семьи. Вместе с тем, перед больными ставится целый ряд требований, включающих тщательно расписанную и контролируемую программу деятельности, позволяющую поддерживать высокую мотивацию на выздоровление, быть дисциплинированными и ответственными за взятые на себя обязательства и т.д. Фактически больной привлекается к сотрудничеству и в максимально короткие сроки становится ко-терапевтом в достижении целей реабилитации и поэтапном решении ее задач.

В тех случаях, когда больной изначально направляется в амбулаторное реабилитационное отделение, то продолжительность реабилитационных программ при высоком уровне реабилитационного потенциала составляет от шести месяцев до одного года (при необходимости они могут пролонгироваться). Во всех других случаях - не менее двух лет.

В случаях ухудшения клинического состояния, появления неоднократных "срывов", больные направляются на лечение в наркологический стационар (или дневной стационар) на срок не менее двух недель для проведения противорецидивной или восстановительной терапии, а в последствии, при добровольном согласии, переводится в стационарное или амбулаторное реабилитационное отделение.

Реабилитация в условиях стационара

В стационарное реабилитационное отделение направляются следующие больные:

- больные наркоманией с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала, завершившие восстановительный (предреабилитационный) комплекс лечебных мероприятий и изъявившие желание пройти реабилитационную программу в условиях стационара;
- больные наркоманией в стадии рецидива заболевания после неэффективного лечения и реабилитации в наркологических реабилитационных учреждениях открытого и закрытого типов (амбулатория, центр, община, и др.);
- больные наркоманией, освобожденные из мест лишения свободы и добровольно согласившиеся на участие в реабилитационных программах;

После завершения медико-социальной реабилитационной программы в условиях стационара или общины больной направляется в амбулаторное отделение для осуществления поддерживающих противорецидивных реабилитационных программ, участия

в работе групп само- и взаимопомощи анонимных алкоголиков, анонимных наркоманов.

Вспомогательные социальные требования к реабилитации в условиях реабилитационного учреждения включают:

1. Создание условий для трудовой деятельности, профессионального обучения (при необходимости и возможностях - учебы), занятий спортом, творческой деятельностью, проведения культурно-массовых и содержательных досуговых мероприятий (в случаях осуществления реабилитационных программ в амбулатории, больные вовлекаются, мотивируются в названные виды деятельности). Обеспечение реабилитируемых больных постоянной занятостью, создание условий для трудовых процессов и выработка способностей к регулярному труду, относятся к основным принципам медико-социальной реабилитации.

В связи с этим очень важно, организовать хотя бы одно из ниже перечисленных подразделений реабилитационного центра (стационара):

а) производственное (столярные, слесарные, швейные мастерские; мастерская по ремонту помещений и пр.);

б) сельскохозяйственное (теплицы, зеленое хозяйство, грибной цех, садовое хозяйство);

в) животноводческое с целью осуществления зоотерапии или анимотерапии (конное хозяйство, кролиководство, птицеводство, собакопитомник и др.).

Кроме того, по возможности, создается изостудия (рисование, лепка, фотография и др.), спортивный и досуговый комплекс (открытая спортплощадка, зал для спортивных игр, занятий, помещение для просмотра тематических кинофильмов, телепередач и пр.).

2. Конкретную социально-психологическую, коррекционную и обучающую работу специалиста по социальной работе, социального работника, специалиста по профессиональному обучению и др. лиц, а именно:

- приобщение больного к труду, учебе и творческой деятельности;

- коррекция поэтапной адаптации больных к условиям реабилитационного учреждения;

- психокоррекция поведенческих расстройств;

- контроль за поведением, овладением трудовыми технологиями, успехами в работе, учебе и пр.;

- помощь в восстановлении нарушенных семейных отношений и социальных связей, в решении социально-бытовых проблем;

- содействие в трудоустройстве, профессиональном обучении, продолжении учебы после выписки из реабилитационного стационара или в период реабилитации в условиях амбулатории;

- консультирование по правовым вопросам;

- оказание содействия включению пациентов и их родственников в группы само- и взаимопомощи - анонимных наркоманов (НА), анонимных алкоголиков (АА), Ал-Атин, Нар-Анон;

- психотерапевтическая работа с родственниками больных по вопросам созависимости;

- обеспечение информацией, о лечебных и реабилитационных наркологических учреждениях, о реабилитационных программах, об общественных организациях и религиозных конфессиях, занимающихся проблемами **наркомании**; о возможностях приобретения популярной литературы и методических материалов по антинаркотической тематике, о культурно-массовых мероприятиях против наркотиков и пр.;

- проведение культурно-массовых, спортивных и досуговых мероприятий, способствующих реабилитации больных;

- привлечение выздоравливающих больных и их родственников в реабилитационную и профилактическую деятельность в качестве волонтеров и добровольных помощников.

Сроки реализации реабилитационных программ зависят от уровня реабилитационного потенциала больных и быстроты адаптации к функционированию в условиях амбулатории или стационара. Программы реабилитации могут быть реализованы в сроки от 6 месяцев до 2 лет. Больные со средним и низким уровнем реабилитационного потенциала первые 2 - 6 месяцев должны находиться в реабилитационном стационаре (отделение, центр), а затем,

по показаниям, переводятся в амбулаторию для участия в реабилитационных амбулаторных программах. Это может быть завершающая часть программы стабилизационного этапа реабилитации или профилактический (постреабилитационный) этап, направленный на достижение устойчивой (безрецидивной) интеграции в общество.

Больные с высоким уровнем реабилитационного потенциала, как правило, не нуждаются в реабилитации в условиях реабилитационных стационаров (центров, отделений).

Требования к объемам медицинской помощи обязательного уровня при осуществлении реабилитационного процесса в стационаре совпадают с таковыми, предъявляемыми к реабилитации больных с таковыми, предъявляемыми к реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических условиях.

Требования к реабилитации пациентов при наркомании в результате злоупотребления каннабиноидами (гашиш и пр.), психостимуляторами (кокаин, первитин, эфедрой и др.), при полинаркоманиях, при присоединившемся алкоголизме в целом совпадают и поэтому рассматриваются как общие для группы "наркомания в стадии ремиссии", приведенные в [разделе](#) "Характеристика требований" настоящего протокола ведения больных.

VII. Характеристика требований

7.1 Модель пациента клиническая ситуация: Реабилитация больных наркоманией группа заболеваний: наркомания в стадии ремиссии; профильность подразделения, учреждения: отделения наркологического профиля; функциональное назначение отделения, учреждения: восстановительно-реабилитационные

Код по МКБ-10: [Z50.3](#)

7.1.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента
7.1.2 Порядок включения пациента в протокол
7.1.3 Требования к амбулаторно-поликлиническим восстановительно-реабилитационным мероприятиям
7.1.4 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи
7.1.5 Требования к лекарственной помощи
7.1.6 Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов
7.1.7 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации
7.1.8 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам
7.1.9 Требования к диетическим назначениям и ограничениям
7.1.10 Информированное добровольное согласие пациента при выполнении протокола
7.1.11 Дополнительная информация для пациента и членов его семьи
7.1.12 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия требований протокола
7.1.13 Возможные исходы и их характеристика
7.1.14 Стоимостные характеристики протокола

7.1.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- Наличие в анамнезе систематического употребления психоактивных веществ (природных или синтетических) и наркотической зависимости.
- Отсутствие употребления наркотиков на протяжении нескольких дней или недель (не менее 12 - 14 дней), абстинентных и выраженных постабстинентных расстройств.
- Личностная и социальная дезадаптация различной степени.
- Завершен восстановительный (предреабилитационный) период лечебных мероприятий и медицинское обследование.

7.1.2 Порядок включения пациента в протокол

- Состояние больного, удовлетворяющее выше приведенным критериям.

- Добровольное согласие пациента на прохождение реабилитационной программы или решение суда о направлении на принудительное амбулаторное лечение и реабилитацию (при наличии такового).

- Наличие данных медицинского обследования о состоянии функций внутренних органов, отсутствие у пациента на момент начала реабилитационной программы инфекционных и иных заболеваний, требующих специального лечения (например, инфекционного гепатита, эндокардита и пр.).

7.1.3 Требования к амбулаторно-поликлиническим восстановительно-реабилитационным мероприятиям

Код	Наименование	Кратность выполнения
01.036.01	Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога первичный	1
01.036.02	Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога повторный	Согласно алгоритму
09.28.016	Исследование уровня лекарств и их метаболитов в моче	Согласно алгоритму
02.01.001	Измерение массы тела	По потребности
03.014.01	Комплекс исследований при подозрении на инфицирование вирусом иммунодефицита человека	По потребности
03.016.02	Общий (клинический) анализ крови	По потребности
03.016.04	Анализ крови биохимический общетерапевтический	По потребности
03.016.06	Анализ мочи общий	По потребности
04.14.001	Ультразвуковое исследование печени	По потребности
05.01.001	Регистрация электрической активности в точках акупунктуры	По потребности
05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	По потребности
05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	По потребности
06.09.008	Рентгенография легких	По потребности
09.05.035	Исследование уровня лекарств в крови	По потребности
11.05.001	Взятие крови из пальца	По потребности
11.12.009	Взятие крови из периферической вены	По потребности
12.06.011	Реакция Вассермана (RW)	По потребности
12.06.016	Серологические реакции на различные инфекции, вирусы	По потребности
21.01.001	Общий массаж	По потребности

7.1.4 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Прием (осмотр, консультация) врача, психиатра-нарколога первичный
Прием (осмотр, консультация) врача, психиатра-нарколога повторный

Психотерапия (психокоррекция)
Исследование уровня лекарств и их метаболитов в моче
Измерение массы тела
Общий (клинический) анализ крови
Анализ крови биохимический общетерапевтический
Комплекс исследований при подозрении на инфицирование вирусом иммунодефицита человека
Анализ мочи общий
Ультразвуковое исследование печени
Регистрация электрокардиограммы (ЭКГ)
Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
Регистрация электрической активности в точках акупунктуры
Рентгенография легких
Исследование уровня лекарств в крови
Взятие крови из пальца
Взятие крови из периферической вены
Реакция Вассермана (RW)
Серологические реакции на различные инфекции, вирусы
Общий массаж

Прием (осмотр, консультация) врача, психиатра-нарколога первичный

Осмотр осуществляется в первый день поступления в реабилитационное отделение. Выясняются преморбидные особенности развития личности, особенности динамики клиники заболевания, в том числе наличие и отсутствие приема наркотиков в последнее время, личностный и социальный статус больного (наличие или отсутствие профессии, круг интересов, посещение спортивных секций, культурных мероприятий, степень социальной адаптации, связь с криминальными структурами), мотивация на участие в реабилитационном процессе. С целью получения объективной и полной информации о больном проводится беседа с его родственниками или другими значимыми для него людьми (учитель, представители администрации по месту жительства больного, близкие люди и т.д.). Акцентируется внимание на исследовании кожных покровов и слизистых с целью выявления свежих следов инъекций наркотических средств. Измеряется АД, частота пульса, исследуется область сердца, легких, живота (определяются границы печени).

Выявляются признаки:

- Обострения патологического влечения к психоактивным веществам.
- Астенических расстройств.
- Эмоциональных расстройств (депрессии, дисфории, дистимии).
- Интеллектуально-мнестических расстройств.
- Поведенческих расстройств (психопатоподобное поведение, декомпенсация психопатии).
- Состояния наркотической абстиненции: общая слабость, потливость, ринорея, чихание, слезотечение, мышечные боли или судороги, абдоминальные спазмы, тошнота или рвота, диарея, "гусиная кожа", периодический озноб, тахикардия, зевота, беспокойный сон, дисфория.
- Постабстинентных расстройств.
- Употребления наркотиков: эйфория, расширение или сужение зрачков и др., при необходимости - диагностическое тестирование мочи на выявление наркотиков и их метаболитов.

По результатам комплексной оценки данных анамнеза, жалоб, физикального осмотра врач психиатр-нарколог определяет уровень реабилитационного потенциала больного в соответствии со шкалой ([приложение N 1](#) к настоящему протоколу ведения больных). Совместно с членами реабилитационной бригады (психологом, специалистом по социальной работе и др.) участвует в составлении индивидуальной реабилитационной программы.

Прием (осмотр, консультация) врача. психиатра-нарколога повторный

Осуществляется в течение всего периода наблюдения (особенно в условиях

амбулатории) с периодичностью не реже двух раз в неделю на адаптационном этапе, 1 раза в неделю - на интеграционном этапе, 1 раз в месяц на стабилизационном этапе (в среднем - не менее 12 - 14 раз в первые 3 месяца реабилитации и 6 - 8 раз в последующие каждые 3 месяца). В ходе осмотров оценивают динамику состояния пациента.

Ежемесячно оцениваются результаты выполнения реабилитационной программы. Обязательной составляющей осмотров и консультирования является.

Психотерапия (психокоррекция)

Она проводится на всех этапах реабилитации и направлена на устранение личностных и поведенческих расстройств, закрепления достигнутых результатов лечения и мотивацию больных на участие в реабилитационных программах. Выбор и продолжительность психотерапевтических методик определяется особенностями клиники основного заболевания, личностного и социального статуса больного. Осуществление хотя бы одного из перечисленных методов индивидуальной или групповой психотерапии: когнитивная, бихевиоральная (поведенческая), психодинамическая, гуманистическая, системная, а также обязательно - семейная психотерапия.

Исследование уровня лекарств и их метаболитов в моче

Исследование осуществляется при поступлении в реабилитационное отделение для объективного подтверждения факта воздержания от приема наркотиков или употребления некоторых видов лекарственных препаратов, что необходимо для осуществления реабилитационной программы и назначения терапии блокаторами опиатных рецепторов. Исследование может быть повторено в течение срока реабилитации (в среднем 1 раз в 3 месяца) с целью контроля эффективности реабилитационных мероприятий, исключения тайного употребления наркотических веществ, рецидива заболевания ("срыва"). Выявление метаболитов опиатов или других психоактивных веществ указывает на их недавний прием.

Измерение массы тела

Производится для оценки эффективности реабилитационного процесса у лиц с признаками истощения, для расчета индекса массы тела с целью оценки риска сопутствующих заболеваний - сердечно-сосудистых, эндокринологических и пр.

Общий (клинический) анализ крови

Производится в первый день поступления на реабилитацию скрининговый тест для выявления анемии, кровотечений, инфекционной и др. патологии. При необходимости повторяется для оценки эффективности реабилитации, оценки риска кровотечений, аллергии, противопоказаний к назначению лекарств.

Анализ крови биохимический общетерапевтический

Применяется, как скрининговая методика для выявления скрыто протекающих хронических заболеваний печени, контроля реабилитации лиц с патологией печени, контроля соблюдения режима трезвости в стационаре и амбулатории.

Комплекс исследований при подозрении на инфицирование вирусом иммунодефицита человека

Осуществляется как скрининговая методика при поступлении на реабилитацию.

Проводится также при подозрении на наличие у пациента ВИЧ-инфекции.

Анализ мочи общий

Проводится при поступлении для диагностики поражений мочевыделительной системы, сахарного диабета, противопоказаний к терапии нефротоксичными препаратами.

Ультразвуковое исследование печени

Производится для диагностики хронических заболеваний печени и желчевыводящих путей, контроля реабилитации.

Регистрация электрокардиограммы (ЭКГ)

Производится как скрининговое исследование для исключения нарушений ритма сердца, проводимости и кровоснабжения миокарда. При необходимости исследуется в динамике для оценки качества реабилитации.

Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных

Осуществляется врачом отделения функциональной диагностики. При ЭКГ-исследовании оценивают ритм сердца, наличие гипертрофии миокарда и его ишемии, постинфарктных изменений, нарушений проводимости и возбудимости желудочков.

Регистрация электрической активности в точках акупунктуры

Используется для поиска биологически активных точек с целью диагностики и терапии методами акупунктуры, акупрессуры, электроакупунктуры и пр.

Рентгенография легких

Проводится у потребителей ПАВ, часто сопровождающегося туберкулезом, атипичными малосимптомными пневмониями, в том числе у ВИЧ-инфицированных. Проводится с целью исключения угрожающей жизни патологии.

Исследование уровня лекарств в крови

Проводится при необходимости исследования фармакокинетики, контроля за употреблением препаратов. Используется в качестве контроля трезвости и эффективности реабилитации.

Взятие крови из пальца

Осуществляется для общих клинических, биохимических и генетических исследований. Проводится сестрой процедурного кабинета, фельшером-лаборантом или врачом.

Взятие крови из периферической вены

Осуществляется для общих клинических, биохимических и генетических исследований. Проводится сестрой процедурного кабинета, фельшером-лаборантом или врачом.

Реакция Вассермана (RW)

Скрининговый тест у потребителей наркотиков, для которых в целом свойственно рискованное сексуальное поведение и высокий удельный вес заболевания сифилисом. У инфицированных лиц при повторном исследовании является критерием качества реабилитации.

Серологические реакции на различные инфекции, вирусы

Является скрининговым тестом на вирусы гепатита В и С в виде антител к сердцевинному антигену гепатита В и вирусу гепатита С. Важный критерий рецидива наркологического заболевания и его ремиссии.

Общий массаж

Выполняется физиотерапевтом. Имеет лечебное и диагностическое значение. Используется в комплексной реабилитации наркологических больных.

7.1.5 Требования к лекарственной помощи

Наименование группы	Кратность (продолжительность) лечения
Средства лечения алкоголизма и наркомании	Согласно алгоритму
Стимуляторы центральной нервной системы	По потребности
Седативные и ангиолитические средства, средства для лечения психотических расстройств	По потребности
Средства для лечения маниакально-депрессивных (аффективных) состояний	По потребности
Противосудорожные средства и средства лечения паркинсонизма	По потребности

7.1.6 Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

- [Алгоритм терапии блокаторами опиатных рецепторов](#)
- [Алгоритм терапии антидепрессантами](#)
- [Алгоритм терапии нейролептиками](#)
- [Алгоритм терапии антиконвульсантами](#)
- [Алгоритм терапии ноотропами](#)
- [Пациенты с синдромом патологического влечения к наркотику](#)
- [Пациенты с астеническим \(неврастеническим\) синдромом](#)
- [Пациенты с аффективными расстройствами \(субдепрессии, депрессии, дистимии или дисфории\)](#)
- [Пациенты с поведенческими расстройствами \(психопатоподобное поведение, декомпенсация психопатий\)](#)
- [Пациенты с интеллектуально-мнестическими расстройствами](#)

Медикаментозная терапия проводится по показаниям с первых дней включения пациента в реабилитационную программу.

Средства для лечения алкоголизма и наркомании назначаются индивидуально с учетом особенностей клиники заболевания. В основном, в виде монотерапии или в различных сочетаниях (политерапия) используются следующие средства блокаторы опиатных рецепторов и ацетальддегидрогеназы, антидепрессанты, нейролептики, антиконвульсанты,

ноотропы, аминокислоты, антиоксиданты, дофаминостимуляторы, витамины и др.).

Алгоритм терапии блокаторами опиатных рецепторов

Применяются с целью стабилизации ремиссии, профилактики рецидивов опиатной (героиновой) **наркомании** путем поддержания у больного состояния, при котором этот вид наркотиков не оказывает характерного наркотического действия (уровень убедительности доказательств **B**).

В амбулаторных условиях назначается с первых дней реабилитации, но не ранее чем через 7-10 дней после воздержания от приема опиатных наркотиков.

Продолжительность курса противорецидивной терапии: для больных с высоким уровнем реабилитационного потенциала - не менее 3 месяцев, для больных со средним и низким - 4 месяцев. Курс лечения проводится:

- сразу при поступлении пациента в амбулаторное реабилитационное отделение;
- при угрозе "срыва" или рецидива заболевания.

С профилактической целью при неблагоприятном микросоциальном окружении курс лечения проводят также перед выпиской больного из реабилитационного стационара и на период адаптации вне условий реабилитационного стационара. В этом случае лечение продолжается до 1 года, общее число курсов - 2 - 3 (в среднем, по 3 месяца каждый).

Налтрексон гидрохлорид - начальная доза 25 мг, внутрь. При отсутствии в течение часа признаков синдрома отмены больному дополнительно дают 25 мг препарата. Далее суточная доза препарата устанавливается индивидуально и в среднем составляет 50 мг.

Препарат отменяют при достижении продолжительной (не менее 6 месяцев) ремиссии, стойкой установкой на отказ от употребления наркотиков и ресоциализации больного.

В период приема налтрексона систематически (1 раз в 2 - 3 месяца) оценивают состояние печени, а именно определяют уровень билирубина, печеночных ферментов, т.к. препарат метаболизируется печенью, способен усиливать проявления цитолитического и холестатического синдромов хронического гепатита.

При наличии признаков гепатита препарат временно - на период лечения, до исчезновения острых проявлений гепатита - отменяют.

Алгоритм терапии антидепрессантами

Показаны с целью улучшения психического функционирования, нормализации настроения, нивелирования апатий, тревожности, плаксивости, нарушений сна, аппетита и пр., а также для воздействия на синдром патологического влечения (уровень убедительности доказательств **B**).

Антидепрессанты преимущественно седативного, сбалансированного или стимулирующего действия могут использоваться на любом этапе реабилитации. Например, применяется одно из перечисленных средств.

Амитриптилин относится к трициклическим антидепрессантам седативного действия. Рекомендуемая максимальная суточная доза в условиях амбулатории не должна превышать 75 мг, а в условиях стационара 300 мг. Для приема внутрь рекомендуется начинать лечение с 25-50 мг на ночь. В течение 5-6 дней дозу индивидуально увеличивают до 100-150 мг в сутки (большая часть дозы принимается на ночь). При исчезновении признаков депрессии дозу постепенно снижают до 50-100 мг в сутки и продолжают такую терапию в течение 3-6 недель.

Тианептин относится к антидепрессантам сбалансированного действия. Назначается по 12,5 мг 3 раза в день перед едой. Средняя продолжительность курса лечения 1,5 месяца. При достижении стойкого терапевтического эффекта рекомендуется постепенное снижение дозы препарата в течение 7-14 дней.

Циталопрам - антидепрессант сбалансированного действия, относится к селективным ингибиторам обратного захвата серотонина. При его назначении отсутствует угнетение

психомоторных и когнитивных функций. Эффективен не только при лечении депрессий, но и при воздействии на патологическое влечение, протекающее с преобладанием поведенческого и идеаторного компонентов. Начальная доза 20 мг в сутки вне зависимости от приема пищи. Дозу индивидуально увеличивают до 60 мг в сутки, эффект наступает на 3-5 сутки. Курс лечения 3-6 недель. Хорошо переносим при длительном применении.

Флуоксетин - антидепрессант стимулирующего действия. Начальная доза 50-75 мг, обычно назначается вечером; дозировка постепенно повышается до 150-300 мг в сутки, терапевтический эффект наблюдается на 3-7 день лечения. Продолжительность лечения в амбулатории или в стационаре 1 месяц. При достижении терапевтического эффекта доза препарата постепенно снижается в течение 7-14 дней.

Алгоритм терапии нейролептиками

Применяют с целью снижения возбуждения, подавления влечения к психоактивным веществам, коррекции поведения (уровень убедительности доказательств C).

В процессе лечения категорически запрещается применять алкоголь. Следует воздерживаться от деятельности, требующей повышенного внимания и быстроты психомоторных реакций. Например, используются одно из перечисленных средств.

Галоперидол. Назначают исключительно внутримышечно. Дозу и длительность лечения определяют индивидуально, в зависимости от состояния больного. Средняя суточная доза - 50-200 мг 1 раз в 4 недели, продолжительность лечения 1-2 недели.

Пипотиазин. Назначают внутрь. Средняя суточная доза - 0,02 г, максимальная - 0,12 г. Продолжительность курса лечения 1-3 недели. Следует учитывать возможность возникновения при приеме препарата экстрапирамидных расстройств, повышения судорожной готовности, кардиотоксических эффектов.

Флуфеназин. Назначают внутрь. Средняя суточная доза - 0,02-0,04 г, в редких случаях она повышается до 0,06 г. Продолжительность курса лечения 1-2 недели.

Алгоритм терапии антиконвульсантами

Противосудорожные, нормотимические и эмоциотропные свойства антиконвульсантов, возможность их длительного и даже постоянного применения используются для лечения наркологических больных. Применяется как средство воздействия на первичное патологическое влечение к психоактивным веществам и, прежде всего, влечение к алкоголю (уровень убедительности доказательств C). Например, используются ниже названные средства.

Карбамазепин. В случаях актуализации влечения к психоактивным веществам назначается в дозе 200 мг 3 раза в сутки. Начальная доза 100-200 мг 1-2 раза в сутки в условиях амбулатории. При необходимости в условиях стационара доза препарата может быть увеличена до 400 мг 2-3 раза в сутки.

Вальпроат натрия. Суточную дозу определяют из расчета 30-50 мг/кг массы тела, обычно она составляет 0,1-0,5 г. В условиях амбулатории суточная доза 0,1-0,3, продолжительность лечения не менее трех недель. В условиях стационара дозы могут быть увеличены, продолжительность лечения 1-1,5 мес.

Алгоритм терапии ноотропами

Применение ноотропов приводит к улучшению концентрации внимания, памяти, продуктивности мышления, умственной работоспособности и др. (уровень убедительности доказательства C). Используются по показаниям на любом этапе реабилитации. Назначают одно из ниже перечисленных средств.

Пирацетам. Средняя суточная доза 0,8-2,4 г, Продолжительность курса лечения для больных с высоким уровнем реабилитационного потенциала - 1 месяц, для больных со

средним и низким - 2 месяца. В случае возникновения нарушений сна рекомендуется отменить вечерний прием препарата, присоединив эту дозу к дневному приему.

Гамма-аминомасляная кислота. Средняя суточная доза составляет 3-3,75 г. Суточную дозу делят на 3 приема и принимают до еды. Продолжительность курса лечения для больных с высоким уровнем реабилитационного потенциала - 2-3 недели, со средним и низким - 2-4 месяца.

Никотиноил-гамма-аминомасляная кислота. Средняя суточная доза у больных вне абстиненции - 40-60 мг в сутки. Курс лечения 1-3 месяца.

Пациенты с синдромом патологического влечения к наркотику

В случаях обострения синдрома патологического влечения, назначаются средства, подавляющие патологическое влечение к наркотикам и нормализующие связанные с ним аффективные и поведенческие расстройства (продолжительность лечения определяется состоянием больного); препаратами выбора являются:

1. Нейролептики: галоперидол, пилотиазин, флуфеназин, тиоридазин, алимемазин и др. - 2-4 недели.
2. Блокаторы опиатных рецепторов налтрексон гидрохлорид, ревиа - 2-4 недели.
3. Антидепрессанты: амитриптилин, тразодон, миансерин и др. - 4 недели.
4. Антиконвульсанты: карбамазепин, вальпроат натрия - 2-4 недели.
5. Пирогенная терапия.
6. Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.)

Пациенты с астеническим (неврастеническим) синдромом

С целью уменьшения повышенной утомляемости, раздражительности, истощаемости, лабильности эмоциональных реакций и пр. назначают стимуляторы центральной нервной системы, седативные, анксиолитические и общеукрепляющие средства; препаратами выбора являются:

1. Ноотропы: пирацетам, церебролизин, пикамилон, аминолон и др. - до 1 месяца.
2. Блокаторы опиатных рецепторов налтрексон гидрохлорид - 2 недели.
3. Биогенные стимуляторы жень-шень, китайский лимонник и др. - до 1 месяца.
4. Нейролептики - тиоридазин, алимемазин - до 2-4 недель.
5. Витамины - 1 мес.
6. Деприм - 1-1,5 мес.
7. Аминокислоты - 1 мес.
8. Ароматерапия - 1 мес.
9. Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.).

Пациенты с аффективными расстройствами (субдепрессии, депрессии, дистимии или дисфории)

Для нормализации настроения, снижения тревожности, эмоциональной лабильности, апатии, тоскливости, обострения влечения к психоактивным веществам и пр.; препаратами выбора являются:

1. Антидепрессанты: амитриптилин, тразодон, миансерин, кломипрамин, тианептин и др. - 4 недели.
2. Блокаторы опиатных рецепторов: налтрексон гидрохлорид - 4 недели.
3. Гипнотики: нитразепам, зогшклон и др. - до 7-10 дней.
4. Нейролептики: сульпирид до 4 недель, при стойкой бессоннице малые дозы клозапина 12,5 мг-25 мг, левомепромазин 12,5 мг-25 мг на ночь.
5. Антиконвульсанты: карбамазепин - до 2 недель.
6. Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж).

Пациенты с поведенческими расстройствами (психопатоподобное поведение, декомпенсация психопатий)

Для снятия возбуждения и агрессии, исключения девиантного и делинквентного поведения препаратами выбора являются:

1. Нейролептики - корректоры поведения, перициазин, тиоридазин, алимемазин - до 2 недель.
2. Нейролептики: хлорпромазин, левомепромазин, клозапин - до 2 недель.
3. Блокаторы опиатных рецепторов: налтрексон гидрохлорид и др. - 2 недели.
4. Антиконвульсанты: карбамазепин - до 2 недель.
5. Пирогенная терапия.
6. Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж).

Пациенты с интеллектуально-мнестическими расстройствами

Назначаются средства для лечения негрубых нарушений ряда важных когнитивных функций - ухудшения памяти, концентрации внимания, сообразительности и пр., что неизбежно влечет за собой проблемы связанные с обучением, работой, участием в коллективных психотерапевтических сессиях и т.д., препаратами выбора являются:

1. Ноотропы и аминокислоты: пирацетам, глутаминовая кислота, глицин, церебролизин и др. - в течение 2 месяцев до трех курсов в год.
2. Блокаторы опиатных рецепторов налтрексон гидрохлорид и др. - 4 недели.
3. Витамины.
4. Диперидин - 2 месяца.
5. Физиотерапия (акупунктура, электросон).

7.1.7 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

На этапе адаптации рекомендуется щадящий режим труда с умеренным ограничением физических и психических нагрузок.

На этапе интеграции физические и психические нагрузки осуществляются в полном объеме (на полный рабочий день). Обращается внимание на возможное спонтанное появление астенических, эмоциональных и поведенческих расстройств.

На этапе стабилизации физические и психические нагрузки осуществляются в полном объеме без ограничений (в течение всего дня).

Необходимым условием реабилитации является оптимальная организация распорядка дня, обеспечивающего постоянную занятость больных, сочетание медицинских, психотерапевтических процедур с трудотерапией, обучением, индивидуальными занятиями, культуротерапией, спортом, организованным досугом и др.

Формируемый в результате режим дня придает реабилитационному процессу своеобразный смысловой ритм, который втягивает больных в многомесячное действие. Этот ритм жизни реабилитационного учреждения не должен нарушаться и без необходимости изменяться, поскольку в течение нескольких месяцев неустойчивое психическое состояние, низкое самосознание, выраженная деиндивидуализация способны очень легко разрушить лечебно-реабилитационную соразмерность (гармонию). Ниже в Приложении приведены варианты примерного распорядка дня, предусматривающие максимальное приобщение больных к труду, обучению и т.д.

7.1.8 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

	выполнения
02.036.01	Процедуры сестринского ухода при лечении алкогольной зависимости и наркомании
	Согласно алгоритму

Характеристика мероприятий по уходу за пациентом

Процедуры сестринского ухода при лечении алкогольной зависимости и наркомании включают регулярное измерение частоты дыхания, сердцебиения, исследование пульса, артериального давления на периферических артериях, термометрию, введение лекарственных препаратов согласно требованиям к их выполнению, установленным соответствующими нормативными документами.

7.1.9 Требования к диетическим назначениям и ограничениям

На всех этапах реабилитации исключается употребление алкоголя и табака, ограничивается прием кофе и других стимулирующих напитков (чай, кока-кола и пр.).

В период адаптации необходима калорийная диета - не менее 3000-3500 ккал (уровень убедительности доказательств C), в другие периоды соблюдается диета с учетом сопутствующих заболеваний.

7.1.10 Информированное добровольное согласие пациента при выполнении протокола

Информированное добровольное согласие пациент дает в письменном виде.

7.1.11 Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

На всех этапах реабилитации с родственниками больных подготовленные специалисты (врач, психолог, специалист по социальной работе и др.) регулярно (не реже 1 раза в месяц) проводят специальные занятия по следующим направлениям:

- медико-социальные последствия наркомании,
- обучение навыкам общения с больным, особенности создания реабилитационной среды в семье,
- обучение контролю за состоянием больных, с целью предупреждения рецидивов заболевания и оказания им психологической поддержки,
- преодоление созависимости.

7.1.12 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия требований протокола

- При обострении заболевания пациент переходит в Протокол, соответствующий лечению больных наркоманией.

- При появлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, пациент переходит в Протокол ведения больных с соответствующим выявленным заболеванием или синдромом.

- При грубом нарушении больными режима реабилитационного учреждения, отказе от медико-социальной помощи, нарушении установленных правил поведения и т.д., пациент исключается из реабилитационных программ, о чем сообщается в наркологический диспансер по месту жительства.

- При обоснованном досрочном прекращении участия в реабилитационных программах за больным сохраняется право возвращения в реабилитационное учреждение.

7.1.13 Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Стабилизация	50	Отсутствие выраженного влечения к наркотическому средству, участие в общественно полезной деятельности (учеба, работа). Стремление к личностному и социальному благополучию. Нормализация морально-этических установок	6-12 месяцев	Диспансерное наблюдение в наркологическом диспансере
Прогрессирование	48,5	Обострение влечения к наркотическому средству (срыв, рецидив заболевания), аффективные и поведенческие расстройства	на любом этапе реабилитации	Переход к протоколу лечения больных наркоманией
Развитие ятрогенных осложнений	1	Появление новых заболеваний или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергическая реакция)	на любом этапе реабилитации	Оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	0,4	Присоединение нового заболевания, чье появление связано с приемом наркотического средства (например, вирусного гепатита, СПИД, инфекционного эндокардита и др.)	на любом этапе реабилитации	Оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания
Летальный исход	0,1	Наступление смерти в результате заболевания (внезапная смерть, суицид)	на любом этапе реабилитации	

7.1.14 Стоимостные характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

VIII. Мониторирование

Критерии и методология мониторинга и оценки эффективности выполнения протокола
Принципы рандомизации
Порядок оценки и документирования побочных эффектов и развития осложнений
Порядок исключения пациента из мониторинга
Промежуточная оценка и внесение изменений в протокол
Оценка стоимости выполнения протокола и цены качества
Сравнение результатов
Порядок формирования отчета

Критерии и методология мониторинга и оценки эффективности выполнения протокола

Мониторирование [протокола](#) ведения больных "Реабилитация больных наркоманией" проводится на всей территории Российской Федерации.

Учреждением, ответственным за мониторингование, является Государственное Учреждение Национальный научный центр наркологии Минздрава России. Перечень наркологических лечебно-профилактических учреждений, в которых проводится мониторингование настоящего протокола ведения больных, определяется ежегодно учреждением ответственным за мониторингование. Наркологические учреждения, включенные в перечень по монитоированию протокола ведения больных, уведомляются об этом письменно.

Мониторирование протокола ведения больных включает:

- Сбор информации о реабилитации больных наркоманией в лечебно-профилактических учреждениях всех уровней, включая специализированные наркологические реабилитационные учреждения (центры).
- Анализ полученных данных.
- Составление отчета о результатах проведенного анализа.
- Представление отчета группе разработчиков [протокола](#) ведения больных "Реабилитация больных наркоманией" Национального научного центра наркологии Минздрава России.

Исходными данными при мониторинговании настоящего протокола являются:

1. Шкала оценки уровней реабилитационного потенциала больных наркоманией ([приложение N 1](#) к настоящему протоколу ведения больных).
2. Карта определения уровня реабилитационного потенциала больных наркоманией ([приложение N 2](#) к настоящему протоколу ведения больных).
3. План-схема работы одного дня реабилитационного амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения), дневного стационара и стационара (центра) ([приложения N 3, N 4, N 5](#) к настоящему протоколу ведения больных).
4. Схема продолжительности реабилитационных этапов и примерный график работы с больными ([приложение N 6](#) к настоящему протоколу ведения больных).
5. Карта пациента ([приложение N 7](#) к настоящему протоколу ведения больных).

При мониторинговании протокола ведения больных используются индивидуальные амбулаторные карты, истории болезни и иные документы. В процессе анализа учитываются: критерии включения пациентов в программы реабилитации в условиях амбулатории и стационаров, количество пациентов, включенных в реабилитационную программу, их удельный вес к общему количеству больных, состоящих на учете в регионе (город, район, область, край и пр.); перечни медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортиментов, продолжительность реабилитации, используемые направления и методы

психотерапии, количество больных включенных в постреабилитационную (противорецидивную) программу, продолжительность терапевтических ремиссий (до 3 месяцев, 4-6 месяцев, 7-9 месяцев, 10-12 месяцев) и др. Информация о каждом больном вносится в "Карту пациента" ([приложение N 7](#) к настоящему протоколу ведения больных).

Принципы рандомизации

В данном Протоколе рандомизация (лечебных учреждений, пациентов и т.д.) не предусмотрена.

Порядок оценки и документирования побочных эффектов и развития осложнений

Информация о побочных эффектах и осложнениях, возникших в процессе восстановительно-реабилитационного периода, регистрируются в Карте пациента ([приложение N 7](#) к настоящему протоколу ведения больных).

Порядок исключения пациента из мониторинга

Пациент считается включенным в мониторинг при заполнении на него Карты пациента. Исключение из мониторинга проводится в случае невозможности продолжения заполнения Карты (например, неявка на врачебный прием).

Промежуточная оценка и внесение изменений в протокол

Оценка выполнения протокола ведения больных по регионам проводится один раз в год наркологическими учреждениями, включенными в перечень по мониторингу. Отчет представляется в конце календарного года (не позже 15 декабря) в рабочую группу данного протокола ведения больных.

Внесение изменений в протокол ведения больных проводится в случаях: а) получения убедительных данных о необходимости изменений требований Протокола обязательного уровня; б) при обнаружении в Протоколе требований, наносящих урон здоровью пациентов; в) при получении убедительных доказательств о новых технологиях (методиках, лекарственных средствах и пр.), значительно повышающих эффективность лечебно-реабилитационных программ.

Решение об изменениях протокола ведения больных принимается группой разработчиков. Введение изменений требований протокола ведения больных в действие осуществляется Минздравом России в установленном порядке.

Оценка стоимости выполнения протокола и цены качества

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

Сравнение результатов

При мониторинге протокола ведения больных ежегодно проводится сравнение результатов выполнения требований Протокола, статистических данных, показателей деятельности медицинских учреждений.

Порядок формирования отчета

По результатам сведений о выполнении Протокола, полученных при мониторинге

из регионов, учреждением, ответственным за мониторинг, составляется аналитическая справка, которая направляется в Отдел стандартизации в здравоохранении научно-исследовательского института общественного здоровья и управления здравоохранением Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова Минздрава России и хранится в его архиве.

Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати.

Приложение N 1
к [протоколу](#) ведения больных
"Реабилитация больных
наркоманией (Z 50.3)"

Шкала оценки уровней реабилитационного потенциала больных наркоманией

Более детально ознакомиться со «шкалой оценки уровней реабилитационного потенциала больных наркоманией» вы можете на нашем сайте www.nc-renessans.com

Приложение 3
к [протоколу](#) ведения больных
"Реабилитация больных
наркоманией (Z 50.3)"

Примерный план-схема одного дня внебольничной реабилитационной программы

Утренний прием (с 9.00 по 11.00) или
Вечерний прием (с 16.00 по 18.00)

9.00 - 10.00 (16.00 - 17.00) Беседа с врачом (по показаниям лечебные мероприятия).

10.00 - 11.00 (17.00 - 18.00) Работа с психологом (психотерапевтом), специалистом по социальной работе (социальным работником) в группе или индивидуально.

Работа с родственниками больных в группе или индивидуально (утреннее или вечернее время).

Приложение 4
к [протоколу](#) ведения больных
"Реабилитация больных
наркоманией (Z 50.3)"

Примерный план-схема одного дня реабилитационной программы дневного стационара

8.45 - 9.00 Утренняя встреча

9.00 - 9.45 Завтрак

9.45 - 10.00 Уборка столовой

10.00 - 10.15 Составление плана на день (тема дня)

10.10 - 11.10 Беседа с врачом (по показаниям лечебные мероприятия)

11.20 - 13.00 Утреннее собрание

Работа с психологом (психотерапевтом), специалистом по социальной работе (социальным работником)

- представление: не забудь ответить на вопросы: "Кто Ты?", "Зачем ты здесь?"

- новости дня: новости "Терапевтического сообщества", Дневного стационара,

- личные новости, новости из внешнего мира, международные новости, объявления
- игра-разминка: "Предложи игру" или "дежурная игра" или др.
- психологический тренинг.
- шеринг (анализ состояния, обсуждение результатов встречи, ответы на вопросы)
- 13.00 - 13.15 Перерыв
- 13.15 - 13.50 Работа по заданию (индивидуально)
- 13.50 - 14.00 Подготовка к обеду
- 14.00 - 14.45 Обед
- 14.45 - 15.00 Уборка столовой
- 15.00 - 17.15 Комплекс мероприятий по показаниям:
 - Терапевтические процедуры (психотерапия, физиотерапия, ароматерапия пр.).
 - Спортивные занятия.
 - Арт-терапия.
 - Индивидуальная работа с психологом или специалистом по социальной работе (социальным работником).
- 17.15 - 18.00 Вечернее собрание:
 - Как прошел твой день?
 - Обсуждение чувств дня.
 - Анализ состояния.
 - Задание на дом.
 - Работа с родственниками больных в группе или индивидуально (утреннее или вечернее время).

Приложение 5
к протоколу ведения больных
"Реабилитация больных
наркоманией (Z 50.3)"

**Примерный план-схема одного дня реабилитационной программы стационара
реабилитационного учреждения (подразделения)**

- 7.00 Подъем
- 7.00 - 7.45 Утренний туалет, уборка постели
- 7.45 - 8.30 Завтрак
- 8.30 - 8.45 Уборка столовой
- 8.45 - 9.00 Утренняя медитация (тема дня)
- 9.00 - 10.15 Утреннее собрание
- Работа с психологом, специалистом по социальной работе (социальным работником)
 - представление не забудь ответить на вопросы "Кто Ты?", "Зачем ты здесь?"
 - новости дня новости реабилитационного учреждения, реабилитационного стационара,
 - личные новости, международные новости, объявления и пр.
 - игра-разминка "Предложи игру" или "дежурная игра" или др.
 - психологический тренинг
- 10.15 - 10.30 Перерыв
- 10.30 - 11.30 Беседа с врачом (по показаниям лечебные мероприятия)
- 10.30 - 13.45 Трудотерапия
- 13.45 - 14.00 Подготовка к обеду
- 14.00 - 14.45 Обед
- 14.45 - 15.00 Уборка столовой
- 15.00 - 18.00 Трудотерапия
- 18.00 - 18.30 Подготовка к ужину
- 18.30 - 19.15 Ужин
- 19.15 - 19.30 Уборка столовой

- 19.30 - 20.30 Комплекс мероприятий по показаниям
- Терапевтические процедуры (психотерапия, физиотерапия, ароматерапия пр.)
 - Спортивные занятия
 - Арт-терапия
 - Индивидуальная работа с психологом или специалистом по социальной работе (социальным работником)
- 20.30 - 20.45 Перерыв
- 20.45 - 21.45 Вечернее собрание
- Как прошел твой день? Чего мы достигли
 - Обсуждение чувств дня.
 - Анализ состояния.
 - Индивидуальное задание ("задание на дом")
- 21.45 - 22.45 Свободное время, выполнение домашнего задания
- 22.45 - 23.00 Подготовка ко сну
- 23.00 - Отбой
- Работа с родственниками больных в группе или индивидуально (утреннее или вечернее время)

Приложение 6
к протоколу ведения больных
"Реабилитация больных
наркоманией (Z 50.3)"

Схема продолжительности реабилитационных этапов и примерный график работы с больными в амбулатории

Этап реабилитации	Продолжительность этапа	Частота посещений	Количество посещений
Адаптационный	до 2 недель (при высоком УРП)	3 раза в неделю	6
	до 4 недель (при среднем и низком УРП)	3 раза в неделю	12
Интеграционный	1-1,5 месяца (при высоком УРП)	2 раза в неделю	4-6
	2-2,5 месяца (при среднем и низком УРП)	2 раза в неделю	16-20
Стабилизационный	3-4 месяца (при 6-месячной реабилитационной программе)	1-2 раза в неделю	8-16
		1 раз в две недели	2-4
	8-10 месяцев (при одногодичной реабилитационной программе)	1-2 раза в неделю	16-32
		1 раз в 2 недели	4-6
14-15 месяцев (при полугодовой реабилитационной программе)	1-2 раза в неделю	16-32	
	1 раз в 2 недели	4-6	
		1 раз в месяц в течение 6 месяцев	6

		1-2 раза в неделю первые 4 месяца	16-32
20-21	месяц (при двухгодичной реабилитационной программе)	1 раз в две недели следующие 4-6 месяцев	8-12
		1 раз в месяц в течение одного года	12

Итого посещений:

при 6-месячной программе для больных с высоким УРП - 20 - 32
для больных со средним и низким# УРП - 38 - 52
при 12-месячной программе для больных с высоким УРП - 34 - 56
для больных со средним и низким# УРП - 52 - 76
при 18-месячной программе для больных с высоким УРП - 40 - 62
для больных со средним и низким# УРП - 58 - 82
при 24-месячной программе для больных с высоким УРП - 46 - 68
для больных со средним и низким УРП - 64 - 88

Приложение 7
к протоколу ведения больных
**"Реабилитация больных
наркоманией (Z 50.3)"**

Мониторирование протокола ведения больных "Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)"

Наименование ЛПУ _____
История болезни или амбулаторная карта N _____
Ф.И.О. пациента _____
Пол м/ж. возраст _____
Диагноз (основной) _____
Сопутствующий _____
Уровень реабилитационного потенциала: высокий, средний, низкий.
Продолжительность реабилитации (в месяцах): стационар _____,
амбулатория _____.
Какие этапы реабилитации завершены: адаптационный, интеграционный,
стабилизационный.
Находится в постреабилитационном периоде с _____
Перечни медицинских услуг:
обязательного ассортимента _____,
дополнительного ассортимента _____
Виды фармакотерапии _____
Немедикаментозные методы терапии:
физиотерапия _____,
рефлексотерапия _____,
электросон _____
и пр. _____
Используемые направления и методы психотерапии:
индивидуальные _____
коллективные _____
семейные _____
Используемые направления трудотерапии _____
Используемые досуговые мероприятия _____
Продолжительность ремиссии: до 3 месяцев _____, 4-6 месяцев _____, 7-9
месяцев _____, 10-12 месяцев _____, более 1 года _____.

Приложение 8
к протоколу ведения больных
**"Реабилитация больных
наркоманией (Z 50.3)" (справочное)**

Перечень учреждений, ответственных за мониторинг протокола ведения больных "Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)"

Учреждение, ответственное за мониторинг	Адрес, телефон
Государственное учреждение "Национальный научный центр наркологии" Минздрава России	121002, Москва, Малый Могильцевский переулок, д.3 241-92-66, 241-50-57

Приложение 9 к протоколу ведения больных "Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)"

Формулярные статьи лекарственных средств протоколу ведения больных "Реабилитация больных наркоманией" (Z 50.3)

Антидепрессанты

Средства подавляющие патологическое влечение к психоактивным веществам и корректоры поведения (нейролептики, антиконвульсанты и др.)

Ноотропные препараты

Снотворные средства

Аминокислоты

Бензодиазепины

Блокаторы опиатных рецепторов

Блокаторы ацетальдегиддегидрогеназы

Антидепрессанты

Амитриптилин

Кломипрамин

Миансерин

Мапротилин

Тианептин

Тразодон

Циталопрам

Диперидин

Амитриптилин

1. Международное непатентованное название: амитриптилин
2. Перечень основных синонимов триптизол, эливел
3. Фармакотерапевтическая группа: Антидепрессанты - средства для лечения депрессий
4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты:
 - а) нейрогуморальные эффекты
 - антидепрессивное действие амитриптилина связывают со стимуляцией адренергических и серотонинергических механизмов в головном мозге
 - седативное действие
 - антихолинергическая активность
 - антигистаминная активность
 - б) косвенные эффекты:
 - антидиуретическое действие
 - анальгетическое действие
5. Краткие сведения о доказательствах эффективности:
 - применение у больных с депрессивными состояниями различной этиологии, в том числе и в наркологической практике, приводит к улучшению психического состояния, уменьшению или исчезновению депрессии

- показана высокая эффективность лечения при тревожно-депрессивных состояниях
Уровень убедительности доказательств В.

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований не проводились

7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в т.ч. биоэквивалентность для аналогов:

- биодоступность составляет 31-61%
- связывание с белками плазмы 82-96%
- объем распределения 5-10 мг/кг
- метаболизируется с образованием активного нортриптилина
- период полувыведения 331-46# часов
- выводится преимущественно почками

8. Показания: депрессии различной этиологии, смешанные эмоциональные расстройства и нарушения поведения у больных наркоманией.

9. Противопоказания: закрытоугольная глаукома, гипертрофия предстательной железы, атония мочевого пузыря, непроходимость кишечника, эпилепсия, ранний восстановительный период после инфаркта миокарда, одновременное лечение ингибиторами МАО.

10. Критерии эффективности:

- улучшение психического состояния, нормализация настроения,
- появление аппетита#, нормализация сна, восстановление
- трудоспособности.

11. Принципы подбора изменения дозы и отмены: для приема внутрь лечение начинают с 25-50 мг на ночь. В течение 5-6 дней дозу индивидуально увеличивают до 100-150 мг в сутки (большая часть дозы принимается на ночь). Рекомендуемая максимальная суточная доза в условиях амбулатории не должна превышать 75 мг, а в условиях стационара 300 мг. При исчезновении признаков депрессии дозу постепенно снижают до 50-100 мг в сутки и продолжают такую терапию в течение 3-4 недель. Критерии и принципы отмены: препарат отменяют при непереносимости (аллергическая реакция, острая задержка мочи, нарушения сердечного ритма и др.). Отменяется препарат постепенно, при резком прекращении приема препарата возможен "синдром отмены".

12. Передозировка. Симптомы: галлюцинации, судороги, кома, нарушения сердечной проводимости, экстрасистолия, желудочковые аритмии и гипотермия.

Лечение осложнений и передозировок: промывание желудка, прием суспензии активированного угля, слабительных, мониторинг функции сердечно-сосудистой системы не менее 5 дней; при тяжелых холинолитических симптомах (гипотензия, аритмия, кома) 0,5-2 г физостигмина в/м или в/в.

13. Предостережения и Информация для медицинского персонала следить за дневным диурезом, сердечно-сосудистой деятельностью, аллергическими реакциями.

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др. Следить за диурезом. Для лиц пожилого возраста суточная доза не должна превышать 100 мг в сутки.

15. Побочные эффекты и осложнения: около 25% больных плохо переносят амитриптилин. Наиболее часто побочные эффекты проявляются сухостью во рту, запорами, нарушением аккомодации, ортостатической гипотонией. Реже - задержка мочи, аллергические реакции, экстрапирамидные расстройства, возбуждение, галлюцинации.

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами: при одновременном применении с препаратами, обладающими антихолинергической активностью - усиление антихолинергических эффектов; с симпатомиметическими средствами - возможно усиление их действия на сердечно-сосудистую систему и повышение риска развития нарушений сердечного ритма, артериальной гипертензии. В сочетании с карбамазепином - уменьшение действия амитриптилина вследствие повышения его метаболизма. Амитриптилин усиливает действие алкоголя.

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств. Амиксид - препарат, содержащий 25 мг амитриптилина и 10 мг хлордиазепоксида.

18. Предостережение и информация для пациента, препарат применяют только по назначению врача: во время приема амитриптилина не допускается употребление алкоголя; в период лечения следует воздерживаться от потенциально опасных видов деятельности, требующих повышенного внимания и быстрых психомоторных реакций.

19. Дополнительные требования к информированию, согласию пациента: нет.

20. Форма выпуска, дозировка

Амитриптилин. Таблетки 25 мг, 50 шт.

Амитриптилин. Раствор для инъекций 2 мл в ампуле, по 10 шт. в упаковке.

Кломипрамин

1. Международное непатентованное название: Кломипрамин

2. Перечень основных синонимов: гидифен, анафранил

3. Фармакотерапевтическая группа. Антидепрессанты

4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты:

- трициклический антидепрессант класса бензодиазепинов

- антидепрессивный эффект связан с торможением обратного захвата серотонина и в меньшей степени - норадреналина

- оказывает альфа-адреналитическое, антихолинергическое, и антисеротониновое действие.

Косвенные эффекты: обезболивающее действие.

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности. Применение кломипромина приводит к выравниванию настроения у больных с депрессивным синдромом различной этиологии, в т.ч. у наркологических больных, улучшает общее психическое состояние, повышает физическую и умственную работоспособность. Уровень убедительности доказательств C.

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований: не проводились.

7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в т.ч. биоэквивалентность для аналогов. Кломипрамин полностью всасывается из ЖКТ и при в/в введении. Максимальная концентрация достигается через 1,5-4 часа после приема внутрь. Связывание с белками - 97,6%. Объем распределения 12 л. Подвергается интенсивному метаболизму с образованием активного метаболита дезметилкломипрамина. Период выведения в конечной фазе составляет 21 час, выводится с мочой и через кишечник.

8. Показания. Депрессивные состояния различной этиологии, в т.ч. у наркологических больных, навязчиво-компульсивные синдромы, хронические болевые синдромы.

9. Противопоказания. Повышенная чувствительность к кломипрамину, недавно перенесенный инфаркт миокарда, одновременное применение с ингибиторами MAO, беременность, лактация.

10. Критерии эффективности. Улучшение общего психического состояния, нормализация настроения, повышение умственной и физической работоспособности.

11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены. Лечение начинают с 25-50 мг 2-3 раза в сутки, постепенно повышая дозу до достижения терапевтического эффекта. Максимальная доза в амбулаторной практике - 250 мг/сутки, в условиях стационара - 300 мг/сутки. Средняя продолжительность лечения 1.5 мес. Препарат отменяют постепенно в течение 2 недель после достижения стойкого терапевтического эффекта.

12. Передозировка. Симптомы: бессонница, развитие фобий, спутанность сознания, нарушение проводимости, аритмия. Лечение осложнений и передозировок: промывание желудка

13. Предостережения и информация для медицинского персонала: нет

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др. С осторожностью применяют у пациентов с пониженным судорожным порогом, при тяжелых заболеваниях печени, почек, в период лечения стероидными

гормонами.

15. Побочные эффекты и осложнения. Сонливость, утомляемость, головная боль, тремор, сухость во рту, усиление потоотделения, нарушения аккомодации, нарушения мочеотделения, синусовая тахикардия, тошнота.

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. При одновременном применении кломипрамина с препаратами, обладающими антихолинергической активностью - усиление антихолинергических эффектов; при одновременном применении с препаратами, угнетающими функции ЦНС, возможно усиление угнетающего действия; сочетание с фенитоином возможно повышение концентрации фенитоина в плазме крови.

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств: следить за дневным диурезом, контролировать деятельность сердечно-сосудистой системы.

18. Предостережения и информация для пациента: Во время лечения кломипрамином нельзя употреблять алкоголь; следует воздерживаться от потенциально опасных видов деятельности, требующих повышенного внимания и острых психомоторных реакций.

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: нет.

20. Формы выпуска, дозировка:

Таблетки 10 мг, 25 мг, 30 мг.

Раствор для инъекций 2 мл в ампуле (25 мг) - 10 шт.

Миансерин

1. Международное непатентованное название: Миансерин

2. Перечень основных синонимов: миансан, миансерин, леривон

3. Фармакотерапевтическая группа: Антидепрессанты

4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты:

- антидепрессивное действие с седативным компонентом

- анксиолитическое действие

- Косвенные эффекты: позитивное влияние на сон

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности. Применение у больных с депрессивными состояниями различного генеза, в том числе и в наркологической практике приводит к улучшению психического состояния и исчезновению или уменьшению депрессивных симптомов, нормализует сон, оказывает противотревожное действие. Уровень убедительности доказательств **B**.

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований: не проводились

7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в т.ч. биоэквивалентность для аналогов. Максимальная концентрация достигается через 2-3 часа и составляет от 6 до 19 нг/мл после приема внутрь разовой дозы 15 мг. Биодоступность - около 20%, что связано с эффектом "первого прохождения" через печень. При постоянном курсовом применении препарата время установления равновесной концентрации составляет 6 дней. Метаболизируется в печени. Период полувыведения составляет в среднем 32 часа. Выводится в основном с мочой.

8. Показания. Депрессивный синдром и нарушения сна, в том числе у больных наркоманией.

9. Противопоказания. Маниакальный синдром, выраженные нарушения функции печени.

10. Критерии эффективности. Улучшение психического состояния, нормализация настроения, появление аппетита, нормализация сна, восстановление или повышение трудоспособности.

11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены. Начальная доза составляет 30 мг в сутки (вечером), в редких случаях в условиях стационаре она может быть повышена до 60-90 мг в сутки (основная доза назначается в вечернее время). Целесообразно продолжить лечение в течение 2-3 недель после исчезновения депрессивной симптоматики. Препарат отменяется при индивидуальной непереносимости или по достижению достаточно стойкого терапевтического эффекта.

12. Передозировка. Симптомы: артериальная гипотензия, гипоманиакальное состояние, отеки, гинекомастия, лейкопения и агранулоцитоз, судороги, артралгии. Лечение осложнений и передозировок: промывание желудка, при тяжелых симптомах 0,5-2 г физостигмина в/м или в/в.

13. Предостережения и информация для медицинского персонала, контролировать деятельность сердечно-сосудистой системы (пульс, АД и пр.), почек, печени.

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др. Для пожилых пациентов суточная доза не должна превышать 60 мг в сутки. Следует соблюдать особую осторожность при назначении миансерина больным сахарным диабетом, избегать повышенных доз при недостаточной функции печени, почек, наличии сердечно-сосудистых заболеваний.

15. Побочные эффекты и осложнения. Препарат может вызывать сонливость, реже понижение АД, увеличение массы тела, крайне редко - аритмии, судороги, отеки, нарушения функции печени.

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Нельзя исключать неблагоприятное взаимодействие с ингибиторами МАО, прием последних следует исключить за 2 недели до назначения миансерина.

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств, не известно.

18. Предостережения и информация для пациента. Препарат применяется только по назначению врача; в первые дни после приема следует отказаться от потенциально опасных видов деятельности, требующих повышенного внимания и быстроты психомоторных реакций.

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: нет.

20. Формы выпуска, дозировка.

Таблетки 0,03 г.

Мапротилин

1. Международное непатентованное название: Мапротилин

2. Перечень основных синонимов: ладиомил, лудиомил, мапролу, мапротибене, мапротилин.

3. Фармакотерапевтическая группа: Антидепрессанты

4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты:

- тетрациклический антидепрессант. Антидепрессивный эффект объясняется стимуляцией моноаминоергических процессов в головном мозге

- угнетение обратного захвата норадреналина

- антигистаминная активность

- умеренная антихолинергическая активность

Косвенные эффекты:

- анксиолитическое действие

- седативное действие

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности. Применение лудиомила у наркологических больных с депрессивными состояниями приводит к улучшению психических функций, исчезновению или уменьшению выраженности депрессивной симптоматики, нормализует сон, оказывает противотревожное действие. Уровень убедительности доказательств В.

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований: не проводилось

7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в т.ч. биоэквивалентность для аналогов: При приеме внутрь полностью всасывается из ЖКТ, максимальная концентрация в плазме достигается через 8 часов. Связывание с белками достигает 89%. Объем распределения 23 л/кг, период полувыведения составляет 43 часа, 57% выводится с мочой, 30% с фекалиями,

2-4% выводится с мочой в неизменном виде, остальная часть - в виде метаболитов.

8. Показания: Депрессивные состояния, в т.ч. у наркологических больных, дистимии, дисфории, психосоматические расстройства.

9. Противопоказания: Ранний восстановительный период после инфаркта миокарда, эписиндром, глаукома, лактация, выраженные нарушения функции печени, почек, заболевания предстательной железы.

10. Критерии эффективности: Улучшение психического состояния, нормализация настроения, восстановление сна и аппетита, повышение умственной и физической работоспособности.

11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены: Режим дозирования устанавливается индивидуально. Общая разовая доза составляет 25-75 мг, кратность применения 1-3 раза в сутки. Максимальная доза при амбулаторном лечении 150 мг/сутки, в условиях стационара - 225 мг/сутки. Средняя продолжительность лечения 1,5 мес. При достижении стойкого терапевтического эффекта доза препарата снижается в течение 7-14 дней. Препарат отменяется при индивидуальной непереносимости.

12. Передозировка. Симптомы: сонливость, беспокойство, атаксия, судороги, ступор, кома, мышечная ригидность, тахикардия, аритмии, артериальная гипотензия, кардиальный шок, угнетение дыхания, цианоз, рвота, лихорадка, мидриаз, олигурия, анурия. Лечение осложнений и передозировок, промывание желудка, симптоматическая терапия. Введение физостигмина противопоказано из-за повышенного риска возникновения судорог.

13. Предостережения и информация для медицинского персонала следить за дневным диурезом.

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др. Пациентам пожилого возраста лечение начинают с 10 мг 3 р/сутки, постепенно повышая дозу на 25 мг. С осторожностью применяют препарат у больных бронхиальной астмой, нарушениях функции печени, инфаркте миокарда в анамнезе.

15. Побочные эффекты и осложнения: В первые дни лечения возможны: головокружение, нарушения аккомодации, сухость во рту, диспептические явления, задержка мочи.

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами: При одновременном применении с флуоксетином рекомендуется уменьшить дозу малпротилина в 2 раза. При сочетании с антихолинергическими препаратами - усиление антихолинергического действия; с симпомиметиками - усиление действия на сердечно-сосудистую систему с развитием аритмии, тахикардии, тяжелой артериальной гипотензии.

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств отсутствует.

18. Предостережения и информация для пациента: В период лечения не допускается употребление алкоголя; воздерживаться от потенциально опасных видов деятельности, требующих повышенного внимания и быстрых психомоторных реакций.

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: нет.

20. Формы выпуска, дозировка.

Таблетки 10 мг, 50 шт., 25 мг, 50 мг - 20 шт.

Раствор для инъекций 5,0 мл в ампулах - 10 шт.

Тианептин

1. Международное непатентованное название: тианептин

2. Перечень основных синонимов: коаксил, стаблон

3. Фармакотерапевтическая группа: Антидепрессанты

4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты:

- антидепрессант сбалансированного действия

- анксиолитические свойства

- улучшает сниженное настроение
- нормализует поведение у наркологических больных

Косвенные эффекты:

- позитивно влияет на сон
- улучшает концентрацию внимания

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности: Применение тианептина у больных с депрессивной симптоматикой как эндогенной, так и экзогенно-органической этиологии приводит к улучшению психического состояния, полной или частичной редукции депрессивных симптомов, нормализует сон, оказывает противотревожное действие. Уровень убедительности доказательства **B**.

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований не проводилось.

7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в т.ч. биоэквивалентность для аналогов:

- около 90% препарата связывается с протеинами
- период полувыведения тианептина составляет 2,5 часа
- тианептин выводится из организма почками

- при почечной недостаточности[#], а также у пациентов старше 70 лет период полувыведения увеличивается на 1 час.

8. Показания. Депрессии и тревожно-депрессивные состояния как в психиатрической, так и в наркологической практике.

9. Противопоказания: Одновременное применение ингибиторов MAO, возраст моложе 15 лет.

10. Критерии эффективности: Улучшение психического состояния, нормализация настроения, восстановление сна и аппетита, повышение умственной и физической работоспособности.

11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены: Тианептин назначается по 12,5 мг 3 раза в день перед едой. Средняя продолжительность курса лечения 1,5 месяца. При достижении стойкого терапевтического эффекта рекомендуется постепенное снижение дозы препарата в течение 7-14 дней.

12. Передозировка. Симптомы бессонница-сонливость, кошмарные сновидения, обморок, тремор, тахикардия, экстрасистолия, стенокардия, анорексия, рвота, метеоризм, спазм гортани, боли в мышцах, позвоночнике. Лечение осложнений и передозировок промывание желудка, симптоматическое лечение с коррекцией почечных нарушений.

13. Предостережения и информация для медицинского персонала: нет.

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др. Пациентам старше 70 лет и больным с почечной недостаточностью доза препарата не должна назначаться более 25 мг в сутки.

15. Побочные эффекты и осложнения. Побочные эффекты возникают редко и носят преходящий характер. В частности, возможны боли в животе, сонливость, тремор, чувство жара, тахикардия.

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Коаксил нельзя применять одновременно с ингибиторами MAO из-за опасности коллапса, гипертензии, гипертермии.

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств отсутствует.

18. Предостережения и информация для пациента. Препарат применяется только по показаниям врача, больным, принимающим тианептин, следует воздерживаться от деятельности, требующей повышенного внимания и быстрых психомоторных реакций.

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: нет.

20. Формы выпуска, дозировка

Таблетки 0,0125 г

Тразодон

1. Международное непатентованное название тразодон гидрохлорид.
2. Перечень основных синонимов азона, триттико.
3. Фармацевтическая группа: Антидепрессанты.
4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты:
 - антидепрессант - высокоспецифичный блокатор обратного захвата 5-НТ
 - повышает сниженное настроение
 - снижает тревожность и агрессивность при органических психических расстройствах
 - подавляет влечение к алкоголю
- Косвенные эффекты:
 - позитивно влияет на сон
 - улучшает сексуальную функцию у мужчин
 - уменьшает агрессивность у наркологических больных
5. Краткие сведения о доказательствах эффективности применение тразодона у больных с депрессией как эндогенной, так и экзогенно-органической этиологии приводит к улучшению психического состояния, полной или частичной редукции депрессивных симптомов, нормализует сон, оказывает противотревожное действие. Уровень убедительности доказательств **B**.
6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований не проводились.
7. Фармакодинамика, фармакокинетика в том числе биоэквивалентность для аналогов:
 - максимальная концентрация в плазме - через 2-4 часа
 - период полувыведения 10-12 часов
 - выведение большей части метаболитов и препарата осуществляется почками (70%) и полностью завершается через 98 часов после приема.
8. Показания депрессии и тревожно-депрессивные состояния, алкогольная и наркотическая зависимость, нарушение сексуальной функции
9. Противопоказания:
 - тразодон нельзя применять одновременно с ингибиторами MAO
 - повышенная чувствительность к препарату
10. Критерии эффективности: улучшение психического состояния, нормализация настроения, восстановление сна, повышение умственной и физической работоспособности.
11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены начальная доза тразодона 50-75 мг обычно назначается вечером, дозировка постепенно повышается до 150-300 мг в сутки, терапевтический эффект наблюдается на 3-7 день лечения. Продолжительность лечения в амбулатории или в стационаре 1 месяц. Критерии и принципы отмены: при достижении терапевтического эффекта доза препарата постепенно снижается в течение 7-14 дней.
12. Передозировка. Симптомы: тошнота, сонливость, приапизм, остановка дыхания, эпилептиформные припадки, изменения на **ЭКГ**. Лечение осложнений и передозировок промывание желудка и форсированный диурез для ускорения элиминации, симптоматическое лечение для поддержания жизненно важных функций.
13. Предостережения и информация для медицинского персонала: нет.
14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др. С осторожностью назначается при нарушениях сердечного ритма.
15. Побочные эффекты и осложнения относительно редко встречаются изолированные преждевременные сокращения желудочков сердца, тахикардия. Утомляемость, сонливость, головная боль, понижение **АД**, которые проходят при уменьшении дозы.
16. Взаимодействия с другими лекарственными средствами: тразодон может усиливать действие алкоголя. Не следует применять одновременно с ингибиторами MAO. Тразодон снижает терапевтическую активность клонидина.
17. Применение в составе сложных лекарственных средств отсутствует
18. Предостережения и информация для пациента
 - препарат применяют только по назначению врача
 - в очень редких случаях может наблюдаться приапизм (следует обратиться к урологу)

- рекомендуется воздерживаться от деятельности, требующей повышенного внимания и быстрых психомоторных реакций.

19. Дополнительные требования к информированию, согласию пациента: нет.

20. Форма выпуска и дозировка:

Таблетки 75 мг в упаковке 30 штук

Циталопрам

1. Международное непатентованное название: citalopram

2. Перечень основных синонимов: циталопрам, ципраamil (cipramil)

3. Фармакотерапевтическая группа: Антидепрессанты - средства для лечения депрессий

4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты: селективный ингибитор обратного захвата серотонина, сбалансированный антидепрессант с преобладанием анксиолитического действия

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности:

- применение у больных с депрессивными состояниями различной этиологии, в том числе и в наркологической практике, приводит к улучшению психического состояния, уменьшению или исчезновению депрессии, влияет на первичное влечение

- показана высокая эффективность лечения при тревожно-депрессивных состояниях.

Шкала убедительности доказательств B.

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований: не проводились.

7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в т.ч. биоэквивалентность для аналогов:

- липофилен, быстро всасывается. Биодоступность 80%

- период полувыведения 35 часов

8. Показания депрессии различной этиологии, смешанные эмоциональные расстройства и нарушения поведения у больных наркоманией.

9. Противопоказания: Повышенная чувствительность к препарату

10. Критерии эффективности: улучшение психического состояния, нормализация настроения, появление аппетита, нормализация сна, восстановление трудоспособности.

11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены. Начальная доза 20 мг в сутки вне зависимости от приема пищи, в любое время. Дозу индивидуально увеличивают до 60 мг в сутки. Критерии и принципы отмены: препарат отменяют при непереносимости (аллергическая реакция, судорожные припадки).

12. Передозировка. Симптомы: сонливость, нарушения артикуляции, кома, большие судорожные припадки, синусовая тахикардия, цианоз, тошнота, рвота. Лечение осложнений и передозировок промывание желудка, симптоматическое лечение.

13. Предостережения и информация для медицинского персонала нет.

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др. При пожилом возрасте суточная доза не должна превышать 40 мг в сутки.

15. Побочные эффекты и осложнения: сухость во рту, тошнота, сонливость, тремор, брадикардия, усиление потоотделения.

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами: препарат монотерапии.

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств, нет.

18. Предостережение и информация для пациента, препарат применяют только по назначению врача: во время приема не допускается употребление алкоголя; в период лечения следует воздерживаться от потенциально опасных видов деятельности, требующих повышенного внимания и быстрых психомоторных реакций.

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: нет.

20. Форма выпуска, дозировка.

Таблетки 20 мг, 40 мг, в упаковке 14, 28 и 56 шт.

Диперицин

1. Международное непатентованное название: Диперицин
2. Перечень основных синонимов: отсутствует
3. Фармакотерапевтическая группа: антиастенические средства
4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты:
 - фитопрепарат для коррекции астенических состояний и легких форм невротических депрессий
 - оказывает положительное влияние на функциональное состояние ЦНС и вегетативной нервной системы
 - устраняет подавленность, апатию
 - улучшает настроение
 - повышает психическую и физическую работоспособность
- Косвенные эффекты:
 - улучшение сна
 - повышение аппетита
5. Краткие сведения о доказательствах эффективности: Применение деприма у наркологических больных с астено-субдепрессивными состояниями повышает физическую и умственную работоспособность, нормализует настроение, улучшает сон. Уровень убедительности доказательств **B**.
6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований: не проводились.
7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в т.ч. биоэквивалентность для аналогов не проводились.
8. Показания: Астенические состояния, астено-невротический и астено-субдепрессивный синдром.
9. Противопоказания: Фотосенсибилизация в анамнезе.
10. Критерии эффективности: Улучшение общего состояния, увеличение толерантности и# умственной и физической нагрузке, улучшение настроения.
11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены: Препарат назначают по 1 т 3 раза в сутки в течение 1-2 месяцев, а для больных с низким# УРП - 3-4 месяца. Препарат отменяют при непереносимости (фотосенсибилизация), а также после достижения стойкого лечебного эффекта; синдром отмены не описан.
12. Передозировка. Симптомы: индивидуальная непереносимость (общая слабость, головная боль и пр.#, фотосенсибилизация. Лечение осложнений и передозировок: отмена препарата, симптоматическая терапия.
13. Предостережения и информация для медицинского персонала: нет.
14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др. нет.
15. Побочные эффекты и осложнения. Индивидуальная непереносимость, фотосенсибилизация.
16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами: нет.
17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств нет.
18. Предостережения и информация для пациента. Во время приема препарата избегать ультрафиолетового излучения.
19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: нет.
20. Формы выпуска, дозировка.
Таблетки содержит не менее 300 мкг диперецина, 30 шт.

Средства подавляющие патологическое влечение к психоактивным веществам и корректоры поведения (нейролептики, антиконвульсанты и др.)

Алимемазин
Парлодел
Вольпроат натрия
Галоперидола деканоат
Клозапин
Левомепромазин
Перициазин
Пипотиазин
Сульпирид
Тиоридазин
Трифлуоперазин
Флуфеназин
Хлорпромазин
Карбамазепин

Алимемазин

1. Международное непатентованное название: Алимемазин
2. Перечень основных синонимов: терален, алимемазин
3. Фармакотерапевтическая группа: нейролептик, производное фенотиазина с алифатической боковой цепью
4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты:
 - обладает умеренными нейролептическими свойствами. Относится к категории средних нейролептиков
 - оказывает седативное, анксиолитическое (противотревожное) действие
 - является антипсихотиком со слабым действием
 - проявляет выраженные антигистаминные эффекты
5. Краткие сведения о доказательствах эффективности:
 - в психиатрической практике применяется в первую очередь для лечения невротических и неврозоподобных расстройств способен смягчать психопатические и психопатоподобные расстройства
 - недостаточно эффективен при лечении острых психозов
 - широко применяется в наркологической клинике показан для длительного применения в лечении аддитивных синдромов, где проявляется клиническая картина невротического регистра. Уровень убедительности доказательств **B**.
6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований, не проводили.
7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в.т.ч. биоэквивалентность для аналогов:
 - всасывание, максимальная концентрация в плазме достигается через 1-2 часа после приема внутрь и через 30-60 мин после внутримышечного введения
 - метаболизм: препарат метаболизируется в печени
 - выведение: выводится из организма с мочой и через кишечник
 - T 1/2 распада составляет 12-30- часов
8. Показания:
 - широко применяется в наркологической клинике: способствует редукции обсессивно-фобической симптоматики у больных алкоголизмом и наркоманией
 - показан в фазе острой абстиненции для купирования невротических расстройств
 - обладает выраженным противотревожным действием
 - может уменьшать явления аггравации и ипохондрии
 - способен смягчать абстинентную симптоматику состояния острой депривации опиоидов при опийной наркомании
 - нарушение сна, связанного с наличием высокого уровня тревоги
 - показан для пролонгированного лечения больных с аддитивными синдромами с наличием расстройств невротического уровня
 - в психиатрической практике применяется для лечения пограничных состояний, невротических, неврозоподобных, тревожных нарушений
 - способен корректировать расстройства поведения при психопатиях (корректор

поведения)

9. Противопоказания:

- сверхчувствительность к препарату (аллергические реакции)
- при тяжелых заболеваниях печени (может вызывать токсический гепатит)
- избегать назначение препарата с высоким риском развития делирия, особенно на фоне абстинентных состояний

10. Критерии эффективности:

- алимемазин включен в группу так называемых корректоров поведения смягчает психопатические и психопатоподобные расстройства
- снижает уровень обсессивно-фобической симптоматики у больных алкоголизмом и наркоманией, в том числе в фазе острой абстиненции
- эффективен при диссомнии, связанной с наличием высокого уровня тревоги
- смягчает клиническую картину невротических расстройств при длительном применении у больных с аддитивными нарушениями

11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены:

- терален назначают внутрь, вводят внутримышечно и внутривенно
- оптимальные суточные дозы для купирования симптоматики невротического уровня: 0,01-0,1 г

- при хорошей переносимости суточная доза может быть увеличена до 0,3-0,5 г. Средняя продолжительность лечения в амбулатории 1,5-2 месяца при суточной дозе не более 0,1 г., а в условиях стационара доза может составлять 0,5 при продолжительности лечения до 2 месяцев.

Критерии и принципы отмены:

- препарат отменяют в случае токсического гепатита, что необходимо принимать во внимание в наркологической практике
- при развитии делириозного состояния, особенно на фоне абстиненции

12. Передозировка. Симптомы: экстрапирамидные нарушения, артериальная гипотензия, тахикардию, токсический гепатит, агранулоцитоз. Лечение осложнений и передозировок снижение дозы и отмена препарата при появлении первых признаков нейролептических осложнений, коррекция нейролептических осложнений проводится с применением центральных холиноблокаторов - тригексифенидила, биперидина; определенной активностью при этих состояниях обладают пирацетам, пиридоксин, кофеин и пр. Злокачественное течение нейролептического синдрома требует реанимационных мероприятий.

13. Предостережения, информация для медицинского персонала: проявлять осторожность при работе с растворами для инъекций.

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др.:

- при лечении тераленом необходима осторожность в случаях хронического гепатита, заболеваний сердечно-сосудистой системы с тенденцией к гипотонии и тахикардии
- контроль при длительном применении за картиной крови (возможность агранулоцитоза)

- у больных пожилого возраста суточная доза не должна превышать 0,2 г.

15. Побочные эффекты и осложнения. Сравнительно редко вызывает экстрапирамидные нарушения.

- может вызывать артериальную гипотензию и тахикардию, причем у больных алкоголизмом гемодинамическое действие препарата проявляется чаще и более выражено, чем у больных наркоманией может ухудшать течение хронического гепатита, вызывать токсический гепатит (особенно у наркологических больных)

- в редких случаях может вызвать нарушение кроветворения в форме агранулоцитоза

16. Взаимодействие с другими лекарствами и средствами:

- потенцирует действие других супрессоров ЦНС

- усиливает действие ненаркотических анальгетиков и противовоспалительных средств
- в сочетании с сульпиридом может эффективно уменьшать явления аггравации и ипохондрии у наркологических больных

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств: нет.

18. Предостережения и информация для пациента:

- применять только по назначению врача
- запрещается употребление алкоголя при лечении Тераленом
- следует воздерживаться от деятельности, требующей повышенного внимания и быстроты психомоторных реакций (особенно водителям)

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: нет.

20. Форма выпуска и дозировка.

Таблетки по 0,005 г в упаковке по 50 шт.

Раствор 4% (для приема внутрь в каплях 1мг-1 капля) во флаконах по 30 мл

Раствор 0,5% (для парентерального введения 1мл-5мг) в ампулах по 5 мл, в упаковке по 10 шт.

Парлодел

1. Международное непатентованное название: Парлодел

2. Перечень основных синонимов: бромкриптин, бромэргон, парлодел, Bromocriptine, Bromocriptine mesilate, pravidel.

3. Фармакотерапевтическая группа. Специфический лиганд дофаминовых рецепторов. Ингибитор секреции пролактина (но не синтеза пролактина). Является полусинтетическим производным эргокриптина, представляя собой в химическом отношении 2-бром-эргокриптин.

4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты: Стимулятор центральных и периферических дофаминовых рецепторов. Применяется для длительного поддерживающего лечения пациентов с зависимостью от психостимуляторов (кокаин, эфедрой, первитин, амфетаминоподобные вещества и т.д.). Эффективность бромкриптина обусловлена восстановлением дофаминового истощения, являющегося биологическим базисом патологической зависимости.

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности. Прием бромкриптина вызывает выраженную стимуляцию дофаминовых рецепторов. Снижает патологическое влечение к ПАВ, нормализует сон, повышает настроение. Уровень убедительности доказательства B.

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований отсутствуют.

7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в т.ч. биоэквивалентность для аналогов: Проявляет разную степень всасывания при пероральном приеме, достигает максимальной концентрации в крови через 1-2 часа, на 90-98% связываясь с альбуминами, период полувыведения находится в пределах 8-20 часов, элиминация носит двухфазный характер. Выводится бромкриптин преимущественно с желчью энтеральным путем. Клиренс препарата составляет 6,0 (#1,1 мл.мин-1/кг-1#

8. Показания. Купирует абстинентный синдром, проявляющийся в снижении настроения, вялостью, апатией. Обладает умеренной способностью уменьшать патологическое влечение к алкоголю.

9. Противопоказания повышенная чувствительность к препарату, 1 триместр беременности.

10. Критерии эффективности. В наркологической практике показан для купирования абстинентного синдрома, при длительном поддерживающем лечении с зависимостью от психомоторных стимуляторов, в первую очередь амфетамина и его аналогов, а также кокаина, эфедрона и др. При неврологических нарушениях, вызванных приемом нейролептиков препарат отменяют или снижают дозы.

11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены. Дозы, эффективные для поддерживающей терапии больных с зависимостью от стимуляторов, находятся в пределах 0,0025-0,01 г/сутки. Назначается в течение 1,5-3 мес. как в условиях амбулатории, так и стационара. При появлении побочных явлений, обычно развивающихся в начале приема бромкриптина, препарат отменяют или снижают дозы.

12. Передозировка. Симптомы: тошнота, рвота, снижение АД, головная боль, ортостатическая гипотензия, коллапс. Лечение осложнений и передозировок: снижение дозы и отмена препарата при появлении первых признаков осложнений.

13. Предостережения и информация для медицинского персонала не имеются.

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др. С осторожностью назначают больным с тяжелыми сердечно-сосудистыми заболеваниями, эрозивно-язвенными поражениями ЖКТ.

15. Побочные эффекты и осложнения: При развитии в начале терапии или при повышении индивидуальных доз, проявляются в виде тошноты, рвоты, снижения аппетита, нарушения кишечной моторики, постуральной гипотензии, нарушений сердечного ритма. В процессе лечения возможны запор, сухость во рту, сонливость, головная боль, аллергические реакции в виде сыпи. Назначение бромкриптина наркологическим больным с выраженными проявлениями энцефалопатии, например, при полинаркомании, должно производиться с осторожностью.

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Недопустимо назначение бромкриптина и ингибиторов MAO.

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств: не применяется.

18. Предостережения и информация для пациента: нет.

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента не требуется.

20. Формы выпуска, дозировка.

Таблетки по 0,0025 г и капсулы по 0,005 г.

Вальпроат натрия

1. Международное непатентованное название: Вальпроиевая кислота.

2. Перечень основных синонимов: Апилепсин, Адедиол, Дипромал, Конвулекс, Derakine chrono, Depacote, Valproate sodium, Valproic acid.

3. Фармакотерапевтическая группа. Противосудорожное средство

4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты:

- механизм действия обусловлен ингибированием фермента GABA трансферазы и повышением содержания GABA в ЦНС. Это приводит к уменьшению возбудимости и судорожной готовности моторных зон головного мозга.

- улучшает психическое состояние и настроение больного

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности. Препарат может проявлять сходные с финлепсином эффекты при острых абстинентных состояниях в структуре алкоголизма, а также устраняет патологическое влечение к алкоголю. Уровень убедительности доказательства **B**.

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований не проводились.

7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в т.ч. биоэквивалентность для аналогов. Энтеральная биодоступность близка к 100%. Пиковые концентрации препарата в плазме обычно достигаются в течение 2 ч. В среднем около 93% кислоты вальпроевой связывается с протеинами крови, однако данный параметр зависит от концентрации препарата при высоких величинах последней вследствие насыщения мест связывания альбуминов свободная фракция лекарства может достигать 50%. Клинические эффекты не всегда коррелируют с плазменными концентрациями препарата. Кажущийся объем распределения равен 0,15-0,24 л/кг. При физиологических значениях pH лекарство полностью ионизируется,

клиренс кислоты вальпроевой определяется состоянием функции печени, при высоких плазменных концентрациях он является дозозависимым: кроме того, показатель нередко повышается у больных эпилепсией; средние величины составляют 0,11-0,02 мл.мин-1/кг-1. Экстремизируется с мочой; период полувыведения у здоровых лиц составляет 12-16 часов. До 2% принятой дозы удаляется в неизменном виде. В основе фармакодинамики препарата предположительно лежит ГАМКергическое действие, связанное с подавлением активности ГАМК-трансферазы, хотя клинические эффекты препарата не сводятся лишь к метаболизму ГАМК (так, противосудорожное действие развивается до значительного увеличения количества медиатора в ткани мозга).

8. Показания. Патологическое влечение к ПАВ, особенно пароксизмальные формы с дисфорией. Генерализованные эпилептические припадки, очаговые припадки с простой и сложной симптоматикой. Судорожный синдром при органических заболеваниях мозга. Расстройства поведения, связанные с эпилепсией.

9. Противопоказания. Нарушения функции печени и поджелудочной железы, гемморагический диатез, острый и хронический гепатит, беременность, повышенная чувствительность к препарату.

10. Критерии эффективности. Является единственным антиконвульсантом, не имеющим гетероциклической структуры.

11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены. Препарат назначают внутрь и вводят внутривенно. В зависимости от возраста, индивидуальной переносимости, наличия противопоказаний к клинической потребности кислоту вальпроевую применяют в суточной дозе 0,1-0,5 г (дозу обычно определяют из расчета 30-50 мг/кг массы тела). В условиях амбулатории суточная доза составляет 0,1- 0,3, продолжительность лечения не менее трех недель. В стационаре дозы могут быть увеличены, продолжительность лечения 1-1,5 мес. Критерии и принципы отмены. Применение препарата в дозе более 50 мг/кг/сут. возможно при условии контроля его концентрации в плазме крови. При концентрации препарата в плазме крови более 200 мг/л доза должна быть уменьшена.

12. Передозировка. Симптомы: тошнота, рвота, атаксия, тремор, аллергические реакции, ангионевротический отек, нарушения функции печени и поджелудочной железы. При появлении первых признаков осложнений (боли в желудке, тошнота, рвота и пр.) снижение дозы и отмена препарата.

13. Предостережения и информация для медицинского персонала следить за функциональными особенностями желудочно-кишечного тракта, печени и поджелудочной железы.

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др. В ряде случаев оказывает повреждающее действие на слизистую оболочку желудка. Препарат обладает определенным гепатотоксическим действием. Длительный прием препарата может привести к развитию жирового гепатита, в тяжелых случаях - к печеночно-клеточной недостаточности. У некоторых пациентов прием лекарства может осложниться развитием панкреатита.

15. Побочные эффекты и осложнения. Потеря аппетита, тошнота, рвота, атаксия, тремор, аллергические реакции в виде кожной сыпи, ангионевротического отека, нарушения функции печени и поджелудочной железы, повышение уровня креатинина в сыворотки крови.

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Вальпроат натрия способна вытеснять фенитоин из связи с альбуминами, а также замедлять метаболизм карбамазепина, фенитоина и фенобарбитала: обусловленное этим эффектом резкое повышение концентрации последнего может привести к развитию коматозного состояния. Является нежелательным комбинирования препарата с аспирином.

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств: Противосудорожный препарат - вальпроамид.

18. Предостережения и информация для пациента: Во время лечения препаратом следует соблюдать осторожность при вождении транспортных средств и обслуживании

механизмов.

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: нет.

20. Формы выпуска, дозировка.

Выпускается в виде таблеток и капсул по 0,3 г в упаковке по 100 шт. в виде таблеток пролонгированного действия по 0,3 и 0,5 г в упаковке по 30 и 100 шт., в виде сухого вещества для парентерального проявления во флаконах по 0,4 г в упаковке по 4 шт.

Галоперидола деканоат

1. Международное непатентованное название: Галоперидола деканоат.

2. Перечень основных синонимов: Галоперидола деканоат.

3. Фармакотерапевтическая группа нейролептик (антипсихотик), по химической структуре относится к группе производных бутирофенона.

4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты:

- препарат пролонгированного действия, один из наиболее активных нейролептиков, используется для подавления патологического влечения к наркотикам, коррекции поведения
- высокая антипсихотическая активность сочетается с седативным эффектом
- блокирует дофаминовые рецепторы в ЦНС
- оказывает выраженное противорвотное действие, а также анальгезирующее, жаропонижающее, противосудорожное и антигистаминное действие.

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности:

- патологическое влечение к наркотикам, выраженные дисфорические расстройства
- применение у больных с психомоторным возбуждением, способствует снижению возбуждения, агрессивности, коррекции поведения
- высокая эффективность при острых психотических состояниях.

Уровень убедительности доказательства **B**.

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований не проводили.

7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в.т.ч. биоэквивалентность для аналогов: равновесная концентрация галоперидола в плазме достигается при повторном введении препарата через 2-3 месяца.

8. Показания:

- хроническая шизофрения для поддерживающей терапии в тех случаях, когда применявшийся ранее галоперидол оказывал терапевтическое действие
- при наркотической зависимости для снижения влечения к ПВ
- при наркомании в целях коррекции агрессивного поведения

9. Противопоказания:

- сверхчувствительность к препарату (аллергические реакции)
- заболевание ЦНС, сопровождающиеся пирамидными или экстрапирамидными нарушениями

- беременность

- лактация

- депрессивные состояния (кроме ажитированных депрессий)

10. Критерии эффективности:

- снижение патологического влечения к психоактивным веществам, агрессивности, беспокойства, состояние психомоторного возбуждения
- улучшение общего состояния при алкоголизме и наркотической зависимости в связи со снижением влечения к алкоголю и психоактивным веществам.

11. Принцип подбора и изменения дозы:

- препарат назначают исключительно в\м

- дозу и длительность лечения определяют индивидуально, в зависимости от тяжести состояния больного

- галоперидола деканоат вводят в дозе 50-200 мг 1 раз в 4 недели.

Продолжительность лечения 2-3 месяца амбулаторно или в стационаре.

Критерии и принципы отмены:

- препарат отменяют при непереносимости тардивная дискинезия (ТД), нейролептический злокачественный синдром

- отменяют в случае сверхчувствительности (аллергические реакции)

12. Передозировка. Симптомы: экстрапирамидные нарушения, артериальная гипотензия, коматозное состояние, угнетение дыхания, шок. Лечение осложнений и передозировок: антипаркинсонические средства, при необходимости искусственная вентиляция легких, внутривенное введение плазмы, раствора альбумина, норадреналина (применять адреналин категорически запрещается).

13. Предостережения и информация для медицинского персонала: соблюдать осторожность при парентеральном введении препарата, следить за возможным возникновением экстрапирамидных расстройств.

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др.

- с особой осторожностью и тщательностью следует подбирать индивидуальные дозы препарата лицам пожилого возраста

- в процессе лечения категорически запрещается применять алкоголь

- перед назначением препарата пациенту, принимающему непрямые антикоагулянты, следует пересмотреть дозу этих препаратов

- возникающие в некоторых случаях мышечные спазмы могут быть устранены при назначении препаратов кальция или прометазина

15. Побочные эффекты и осложнения:

- со стороны ЦНС: экстрапирамидные нарушения (повышение мышечного тонуса, тремор, акинезия) в том числе поздняя дискинезия (на фоне длительного применения)

- выраженный седативный эффект, депрессия

- обратимое повышение содержания пролактина в сыворотке

16. Взаимодействие с другими лекарствами и средствами: потенцирует действие антигипертензивных средств, опиоидных анальгетиков, барбитуратов, антидепрессантов, этанола, и этанолсодержащих препаратов.

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств: Галоперидола деканоат - монопрепарат

18. Предостережения и информация для пациента:

- препарат применяется только по назначению врача

- в период применения препарата запрещается употребление алкоголя

- сонливость и симптомы паркинсонизма спонтанно прекращаются при уменьшении дозы или временном прекращении лечения галоперидолом

- следует воздерживаться от занятий потенциально опасными видами деятельности, требующими повышенного внимания и быстрых психомоторных реакций

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: нет.

20. Форма выпуска и дозировка: раствор для инъекций масляный зеленовато-желтого цвета: 1 мл в ампуле по 1 и 5 шт. в упаковке, 1 мл - 50 мг.

Клозапин

1. Международное непатентованное название: Клозапин.

2. Перечень основных синонимов: Азалептин, Лепонекс, Алемоксан, Клозапин

3. Фармакотерапевтическая группа. Нейролептик, производное дибензодиазепина. Клозапин относится к категории седативных нейролептиков.

4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты:

- представляет собой мощное антипсихотическое и седативное лекарственное средство

- снижает патологическое влечение к психоактивным веществам

- обладает выраженным антихолинергическим (атропиноподобным) влиянием

- потенцирует фармакологические эффекты снотворных средств и транквилизаторов
- усиливает действие анальгетиков и нестероидных противовоспалительных средств
- хорошо купирует различные виды психомоторного возбуждения
- корректирует стойкое нарушение сна при опиоидной наркомании
- снижает агрессию и асоциальные тенденции у больных с наркоманией

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности:

- эффективен для лечения наркологических больных с выраженным синдромом зависимости
- эффективен в лечении эндогенных психозов, в частности при шизофрении с резистентностью к классическим нейролептикам
- показан для купирования различных видов психомоторного возбуждения

Уровень убедительности доказательства B.

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований не проводили.

7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в т.ч. биоэквивалентность для аналогов:

- азалептин почти полностью резорбируется при энтеральном приеме
- оральная биодоступность не превышает 50% в связи с выраженным пресистемным метаболизмом ("эффект первого прохождения") в печени
- трансформируется путем N - деметилирования
- в плазме на 93% связывается с альбуминами
- кажущийся объем распределения равен 5,4 л\кг
- клиренс лекарства составляет 6,1 1,6мл.мин кг
- период полувыведения в пределах 8-16 часов
- соотношение аффинитета клозапина к различным нейральным рецепторам: D4 15-NT2D2=D1

8. Показания:

- психомоторное возбуждение различного генеза
- применяется у наркологических больных при обострении патологического влечения к ПАВ и коррекции поведения
- у больных с синдромом зависимости для коррекции сна
- лечение эндогенных психозов, в частности шизофрении с резистентностью к классическим нейролептикам
- психозы у больных неврологического профиля с поражением подкорковых структур (например при энцефалитах)

9. Противопоказания:

- противопоказан в острых абстинентных состояниях при алкоголизме в связи с возможностью вызывать делириозные помрачения сознания
- нежелательно применять на высоте опиоидного абстинентного синдрома
- ограничен в применении при психозах из-за токсических свойств

10. Критерии эффективности:

- подавление патологического влечения к ПАВ, коррекция поведения
- считается нейролептиком выбора при психозах у неврологических больных с поражением# подкорковых структур (например, при энцефалитах)
- коррекции стойкой диссомнии при опиоидной зависимости
- практически не вызывает экстрапирамидных нарушений

11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены:

- назначают внутрь и вводят внутримышечно
- суточная доза в пределах 0,025 - 0,6 г
- эффективные дозы для коррекции сна у больных наркоманией 0,025-0,5 г, реже требуется увеличение дозировки до 0,075 - 0,1 г

Средняя продолжительность лечения в амбулатории и стационаре 2-3 недели.

Критерии и принципы отмены:

- токсические свойства клозапина ограничивают его применение только психозами, сопровождающимися устойчивостью к другим нейролептикам

- необходимо воздерживаться от применения на высоте опийного абстинентного синдрома

12. Передозировка. Симптомы сонливость, спутанность сознания, нарушение аккомодации, снижение АД, головокружение, изменения ЭКГ гранулоцитопения. Лечение осложнений и передозировок отмена препарата, промывание желудка, антипаркинсоническая терапия.

13. Предостережения и информация для медицинского персонала регулярно проводить анализы крови, следить за АД.

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др.:

- с большой осторожностью применяют у пациентов в пожилом возрасте в связи с выраженными побочными действиями

- необходима особая осторожность при заболевании печени, почек и сердца.

15. Побочные эффекты и осложнения:

- при длительном применении способен угнетать кроветворение, приводит к агранулоцитозу (у 1,6-3% больных в зависимости от продолжительности лечения) и тромбоцитопении

- прием препарата (особенно в массивных дозах) может вызывать гипертермию, гиперсаливацию, ортостатическую гипотензию, повышать пароксизмальную готовность и провоцировать развитие судорожных припадков

- продолжительное лечение часто приводит к увеличению массы тела (эффект обусловлен повышением синтеза пролактина вследствие ингибирования дофаминергических нейронов тубероинфундибулярных структур)

- способен провоцировать развитие сахарного диабета

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами:

- в связи со способностью провоцировать развитие делирия потенциально неблагоприятны комбинации с препаратами обладающими выраженными антихолинергическими свойствами, такими# как амитриптилин, хлорпромазин, зуклопентиксол, прометазин, бипериден, атропин и ряд др. препаратов

- потенцирует действие снотворных средств и транквилизаторов, анальгетиков и нестероидных противовоспалительных средств

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств: азалептин - монопрепарат

18. Предостережения и информация для пациента:

- применяется только по назначению врача

- при приеме препарата запрещается употребление алкоголя

- является единственным нейролептиком, характеризующимся определенными аттрактивными свойствами для больных наркоманией, применяемых ими в попытках самолечения

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: нет.

20. Форма выпуска, дозировка:

Таблетки по 0,025 г; 0,1 г, в упаковке по 50 шт.

Раствор 2,5%; для инъекций в ампулах по 2 мл, в упаковке по 10 шт., (25 мг-1 мл)

Левомепромазин

1. Международное непатентованное название: Левомепромазин

2. Перечень основных синонимов: Левомепромазин, тизерцин

3. Фармакотерапевтическая группа: нейролептик (антипсихотик), производное фенотиазина.

4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты:

- купирует психомоторное возбуждение

- вызывает седативный эффект
- оказывает выраженное антипсихотическое действие
- обладает некоторой антидепрессивной активностью
- обладает выраженной адреноблокирующей, умеренной холиноблокирующей и антигистаминной активностью

- оказывает анальгезирующее и умеренное противорвотное действие
- вызывает артериальную гипотензию

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности:

- эффективен у больных с психомоторным возбуждением различной этиологии, корректирует поведение, купирует дисфорические расстройства

- подавляет влечение к психоактивным веществам

- корректирует невротические расстройства с повышенной возбудимостью и расстройством сна

- эффективен в комбинации с анальгетиками для купирования болевого синдрома

- усиливает антисудорожную активность при эпилепформных состояниях

Шкала убедительности доказательства B.

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований, не проводили.

7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в т.ч. биоэквивалентность для аналогов:

- всасывание: максимальная концентрация в плазме достигается через 1-3 ч после приема внутрь и через 30-90 мин после в/м введения

- метаболизм: метаболит образующийся в результате деметилирования левомепромазина, обладает фармакологической активностью, остальные неактивны

- выведение: T_{1/2} может варьировать от 15 часов до 78 часов, выводится почками и через кишечник

8. Показания:

- психомоторное возбуждение различной этиологии (в т.ч. алкогольный психоз, реактивная депрессия, дисфории)

- патологическое влечение к психоактивным веществам

- невротические расстройства с повышенной возбудимостью и нарушением сна

- заболевания, сопровождающиеся болевым синдромом (в т.ч. при наркотической зависимости)

- эпилепсия (в составе комбинированной терапии)

- для потенцирования действия анальгетиков, антигистаминных препаратов

9. Противопоказания:

- стойкая артериальная гипотензия, особенно у больных пожилого возраста

- заболевание печени

- заболевание системы кроветворения

- хроническая сердечно-сосудистая недостаточность в стадии декомпенсации

- лактация

10. Критерии эффективности:

- купирует состояние возбуждения, беспокойства, выраженной тревоги при психозах

- улучшает сон при невротических состояниях, связанных с тревогой усиливает анальгетический эффект в комбинации с анальгетиками при наркотической абстиненции

11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены:

- назначают внутрь, в/м, реже в/в

- при умеренно выраженных психопатологических расстройствах лечение начинают с суточной дозы 25-50 мг в сутки, увеличивая до суточной 75-200 мг парентерально

- при невротических расстройствах назначают внутрь в суточной дозе 12,5-50 мг (1/2-2 драже).

Продолжительность лечения в амбулатории и стационаре 1-2 недели.

Препарат отменяют при судорожном синдроме, коматозном состоянии.

- 12. Передозировка. Симптомы: судороги, кома. Лечение осложнений и передозировок: отмена препарата, промывание желудка, антипаркинсоническая терапия. Злокачественное

течение нейролептического синдрома требует реанимационных мероприятий в специализированном отделении.

13. Предостережения и информация для медицинского персонала: соблюдать осторожность при парентеральном введении препарата, следить за АД.

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др.

- у пожилых пациентов показан контроль АД. С целью предупреждения ортостатического коллапса после первой высокой дозы больному назначают постельный режим в течение 30 мин.

- в/м инъекции тизерцина болезненны. Рекомендуется менять места инъекций из-за возможности местной реакции ткани на введение препарата

- контроль лабораторных показателей: систематическое проведение общего анализа крови и оценка показателей функции печени

15. Побочные эффекты и осложнения:

- со стороны ЦНС: экстрапирамидные нарушения с преобладанием акинетико-гипотонического синдрома, повышенная утомляемость, сонливость.

- со стороны пищеварительной системы: сухость во рту, запоры, нарушение функции печени

- со стороны сердечно-сосудистой системы: ортостатическая гипотензия, тахикардия

- со стороны системы кроветворения: агранулоцитоз

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами:

- при сочетании с ингибиторами MAO повышается риск экстрапирамидных расстройств из-за снижения инактивации левомепромазина в печени

- при сочетании с гипотензивными препаратами повышается риск возникновения ортостатической гипотензии

- при одновременном применении тизерцина и леводопы резко снижается противопаркинсонический эффект последней из-за антагонистического взаимодействия, обусловленного вызываемой нейролептиками блокадой дофаминовых рецепторов

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств: левомепромазин - монопрепарат.

18. Предостережения и информация для пациента:

- препарат применяется по назначению врача

- в период лечения препаратом следует воздерживаться от употребления алкоголя

- запрещается вождение транспортных средств и занятие другими опасными видами деятельности требующими быстроты психомоторных реакций

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: нет.

20. Форма выпуска, дозировка:

Таблетки, покрытые оболочкой 25 мг - 50 шт.

р-р для инъекций 25 мг\1 мл: амп. 10 шт.

Перициазин

1. Международное непатентованное название: Periciazinum

2. Перечень основных синонимов: Неулептил, Перициазин, Aolept, Apamin, Nemactil, Neulactil, Periciazine, Propericiazine.

3. Фармакотерапевтическая группа: Средства, действующие на ЦНС. Нейролептики.

4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты: нейролептик, производное фенотиазина. Оказывает антипсихотическое, седативно-снотворное, выраженное противорвотное действие, обладает адрено- и холино-блокирующей активностью. Седативное действие неулептила выражено в отношении злобно-раздражительного, гневливого аффекта. Препарат вызывает уменьшение агрессивности, причем этот эффект не сопровождается вялостью, заторможенностью больных. "Корректор поведения".

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности: Снижает уровень агрессии, раздражительность, тревоги. Уровень убедительности доказательств **B**.

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований: не проводились.

7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в том числе биоэквивалентность для аналогов: метаболизируется в печени, выводится с мочой и калом.

8. Показания: психопатоподобное поведение больных при абстинентных синдромах при алкоголизме, наркоманиях и токсикоманиях, при актуализации патологического влечения. Нарушения поведения в периоды терапевтических ремиссий (в рамках акцентуаций и психопатий возбудимого и истерического круга).

9. Противопоказания: повышенная чувствительность к препаратам фенотиазинового ряда, токсический агранулоцитоз **a#** анамнезе, глаукома, порфирия, заболевания предстательной железы.

10. Критерии эффективности: снижение уровня возбуждения и агрессии, имеются убедительные доказательства для применения препарата в наркологической практике с целью купирования патологического влечения к наркотику, лечении инсомнических, сомато-вегетативных, астено-депрессивных расстройств и коррекции поведения.

11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены: Препарат назначают внутрь, 1-4 раза в сутки, преимущественно в вечерние часы. Суточную дозу подбирают индивидуально. Она может составлять вначале от 2-3 мг до 5-6 мг, может быть повышена до средней дозы - 30-40 мг/сутки, и максимальной - 50 - 50 мг/сутки. Используется амбулаторно и в стационаре. Препарат отменяют при непереносимости и проявлении побочных эффектов.

12. Передозировка. Симптомы, паркинсонизм, кома. Лечение осложнений и передозировок: отмена препарата, симптоматическая терапия, ранняя дискинезия купируется приемом антихолинэргических и других противопаркинсонических средств.

13. Предостережения и информация для медицинского персонала: при назначении высоких доз и повышенной чувствительности к препарату возможно развитие нейролептического синдрома. С осторожностью назначают пациентам, у кого в анамнезе судорожные припадки, поскольку неупелтил снижает пороги судорожной активности.

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др. С осторожностью назначать больным, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями и при нарушениях функций печени. У пожилых больных высок риск развития глубокого седативного и гипотензивного эффекта.

15. Побочные эффекты и осложнения: нейролептический синдром, сонливость, ортостатическая гипотония, задержка мочи, нарушения аккомодации, сухость во рту, снижение либидо, аменорея, фригидность, галакторея, гинекомастия, гиперпролактинемия, увеличение веса. Редко холестаза, фотосенсибилизация, агранулоцитоз.

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами: неупелтил усиливает действие гипотензивных, снотворных препаратов, транквилизаторов и обезболивающих средств.

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств: не применяется

18. Предостережения и информация для пациента: при лечении следует воздерживаться от потенциально опасных видов деятельности, вождения автотранспорта, работы с движущимися механизмами.

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: принимать только по назначению врача. В период лечения нельзя употреблять спиртные напитки.

20. Формы выпуска, дозировка:

Капсулы в упаковке по 50 и 500 шт.

Капли для приема внутрь 4% 125 мл (во флаконах).

Пипотиазин

1. Международное непатентованное название: Пипотиазин
2. Перечень основных синонимов: пипотиазин, пипортил.
3. Фармакотерапевтическая группа: нейролептик "обрывающего действия", производное фенотиазина с пиперидиновой боковой цепью.
4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты:
 - пипортил относится к классу так называемых поливалентных нейролептиков
 - оказывает выраженное антипсихотическое действие в сочетании со слабым седативным эффектом
 - обладает тропизмом к галлюцинаторно-бредовой и кататоно-гебефренической симптоматике
 - имеет среднее дезингибирующее (активирующее) влияние
 - проявляет холинолитические и умеренные противорвотные свойства
5. Краткие сведения о доказательствах эффективности: у нарколологических больных оказывает влияние на синдром зависимости. Уровень убедительности доказательства B.
6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований: не проводили.
7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в.т.ч. биоэквивалентность для аналогов:
 - всасывание: при приеме внутрь около 65% дозы абсорбируется из ЖКТ
 - пипортил метаболизируется в печени
 - выведение: выводится из организма почками и через кишечник
 - T_{1/2} может варьировать от 20 часов до 70 часов
8. Показания:
 - психомоторное возбуждение различного происхождения
 - в наркологической практике используется для подавления патологического влечения к

ПАВ

- уменьшает агрессию и психомоторное возбуждение у больных наркоманией
9. Противопоказания
 - при тяжелых заболеваниях печени
 - закрытоугольной глаукоме
 - с осторожностью применять у пациентов с задержкой мочи
 - при нарушении кровотока в почках.
 10. Критерии эффективности.
 - облегчение абстинентного состояния у больных с опиоидной зависимостью
 - снижение остроты психопродуктивной симптоматики в рамках шизофрении
 - корригирует поведение у нарколологических больных с проявлениями психомоторного возбуждения
 11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены:
 - в относительно небольших дозах (до 0,02 г) мало влияет на расстройства непсихотических регистров
 - суточная доза пипортила при лечении расстройств психотического регистра составляет 0,01-0,06 г.; макс. доза не превышает 0,12 г.
- Используется в амбулатории и в условиях стационара, продолжительность курса лечения 2-3 недели.
- Критерии и принципы отмены:
- повышение дозировок часто приводит к появлению экстрапирамидных расстройств (акинетико-ригидных состояний, дизартрии, нарушение глотания), что является сигналом для снижения или отмены препарата
 - благодаря холинолитическому действию может вызывать состояние спутанности и делириозное помрачение сознания, особенно у больных с энцефалопатическими нарушениями, что также является критерием для отмены пипортила
12. Передозировка. Симптомы: острый синдром паркинсонизма, кома. Лечение осложнений и передозировок симптоматическая терапия, назначение противопаркинсонических средств.
 13. Предостережения, информация для медицинского персонала: возможно появление

экстрапирамидных расстройств

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др. С особой осторожностью применять у больных пожилого возраста с органической недостаточностью (церебropатии), начальных проявлениях глаукомы и нейроэндокринными нарушениями

15. Побочные эффекты и осложнения:

- оказывает экстрапирамидные действия
- является кардиотоксическим препаратом
- повышает судорожную готовность, особенно у больных с церебральной недостаточностью
- может вызывать нарушение нейроэндокринного характера

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами: усиливает действие антигипертензивных препаратов, барбитуратов, анальгетиков, опиоидных анальгетиков, этанола и этанол содержащих препаратов

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств: пипортил - монопрепарат

18. Предостережения и информация для пациента:

- применять только по назначению врача
- запрещается употребление алкоголя при лечении Пипортилом
- следует воздерживаться от деятельности, требующей повышенного внимания и быстроты психомоторных реакций (особенно водителям)

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: нет.

20. Форма выпуска, дозировка:

Таблетки в упаковке 20 шт., 1 табл. - 10 мг

Раствор 4% для приема внутрь во флаконах с пипетками по 10 мл и 30 мл (400 и 1200 мг во флаконе, 1 мг-1 капля раствора)

Сульпирид

1. Международное непатентованное название: Сульпирид.

2. Перечень основных синонимов: сульпирид, эглонил, топрал, тридал

3. Фармакотерапевтическая группа: биполярный нейрoлептик бензамидного ряда принадлежит к категории так называемых дезингибирующих (растормаживающих) нейрoлептиков

4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты:

- при назначении препарата в дозе 600 мг в сутки и ниже - оказывает растормаживающее действие
- в дозах свыше 600 мг в сутки оказывает антипсихотическое действие, уменьшает продуктивную симптоматику
- блокирует передачу нервного импульса, осуществляемую посредством рецепторов дофамина в головном мозге
- оказывает активирующее воздействие, имитирующее дофаминoмиметический эффект при низких дозах.

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности:

- общее антипсихотическое действие является слабым
- основным клиническим эффектом является дезингибирование психопатологических процессов и антиаутистическое влияние
- благоприятно влияет на негативную симптоматику, улучшает когнитивные процессы
- проявляет некоторую антифобическую и противотревожную активность
- обладает выраженной противорвотной активностью

Уровень убедительности доказательств **B**.

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований: не проводили

7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в т.ч. биоэквивалентность для аналогов:

- всасывание после в/м в дозе 100 мг, макс концентрация в плазме достигается через 30 мин и составляет 2,2 мг на 1 литр
- после приема внутрь С макс в плазме - через 4,5 часа и составляет после приема таблетки 200 мг - 0,73 мг на литр
- биодоступность при приеме внутрь составляет 25-35%
- концентрация сульпирида в плазме пропорциональна дозе препарата
- распределение сульпирид быстро проникает во все ткани организма, быстрее в печень и почки, медленнее - ткани мозга (основное кол. в гипофизе и гипоталамусе)
- связывание с белками плазмы крови - не более 40%. Проникает через плацентарный барьер. С грудным молоком выделяется 0,1% сульпирида
- выводится почками в неизменном виде путем клубочковой фильтрации (92%)
- T1/2 распада около 7 часов

8. Показания:

- невротические состояния, сопровождающиеся заторможенностью. Эффективен при лечении невротической депрессии и неглубоких депрессивных состояний у наркологических больных

- у больных наркоманией в фазе острой депривации опиоидов

9. Противопоказания:

- феохромоцитома
- повышенная чувствительность к препарату

10. Критерии эффективности:

- способствует быстрой редукции расстройств невротического спектра

- смягчает явление психофизической угнетенности у больных со злоупотреблением психостимуляторами

- уменьшает аггравационные тенденции в поведении больных наркоманией
- смягчает депрессивную симптоматику при психосоматических состояниях

11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены:

- при заторможенности - внутрь по 200-600мг в сутки (1-3 табл в сутки)

- при невротических состояниях, сопровождающихся заторможенностью, суточная доза 100-200 мг внутрь

- при психосоматической симптоматике средняя доза 100-200 мг (2-4 капсулы в сутки)

- в наркологии - при хорошей переносимости от 500 мг до 1000 мг

Амбулаторно курс лечения 2- 3 недели, в стационаре - до 3 недель.

Критерии и принципы отмены:

- необходимо воздерживаться от назначения сульпирида при беременности и в период кормления грудью

- при развитии злокачественного нейролептического синдрома

12. Передозировка. Симптомы бессонница, возбуждение, экстрапирамидные синдромы, галакторея и гинекомастия, нарушения менструального цикла, фригидность и импотенция, злокачественный нейролептический синдром, ортостатическая гипотония. Лечение осложнений и передозировок симптоматическая терапия, при появлении экстрапирамидных расстройств назначаются холиноблокирующие средства.

13. Предостережения, информация для медицинского персонала соблюдать осторожность при парентеральном введении препарата.

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др.

- с осторожностью назначают лицам пожилого возраста, т.к. эта категория пациентов имеет повышенную чувствительность к препарату

- при наличии у пациентов тяжелых форм почечной недостаточности показано снижение дозы или проведение прерывистого курса лечения

- с осторожностью - больным с паркинсонизмом

15. Побочные эффекты и осложнения:

- со стороны ЦНС: редко - ранние дискинезии (спастическая кривошея, глазодвигательные нарушения, спазм жевательной мускулатуры), быстро купирующиеся холиноблолирующими средствами

- относительно редко - экстрапирамидный синдром, поздние дискинезии, заторможенность, сонливость

- со стороны эндокринной системы: гиперпролактинемия (транзиторная), увеличение массы тела, импотенция, фригидность

- ортостатическая гипотензия

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами:

- при одновременном применении эглонила и леводопы снижается эффективность эглонила

- сульпирид усиливает психотропное влияние трициклических антидепрессантов, хлорпротиксена и производных фенотиазина

- потенцирует противовоспалительное действие салицилатов и фармакологические эффекты опиоидов-агонистов

- сочетание сульпирида и фурсемида может вызвать риск токсических реакций при проведении детоксикации у наркологических больных

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств: Эглонил - монопрепарат.

18. Предостережения и информация для пациента:

- в период применения препарата не следует употреблять алкоголь из-за усиления угнетающего действия на ЦНС

- следует воздерживаться от деятельности, требующей повышенного внимания и быстроты психомоторных реакций (особенно водителям).

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: нет.

20. Форма выпуска и дозировка:

Капсулы: в упаковке 30 шт. 1 капсула - 50 мг

Таблетки: в упаковке 12 шт. 1 табл. - 200 мг

Раствор для приема внутрь 0,5 % - 200 мл во флаконах, 5 мл-25 мг

Раствор для инъекций: 2 мл в амп. по 6 шт. в упаковке в 1 амп.-100 мг

Тиоридазин

1. Международное непатентованное название: Тиоридазин.

2. Перечень основных синонимов: Меллерил, Сонапакс, Mallorol, Malloryl, Mellaril, Melleril, Thioridazini Hydrochloridum.

3. Фармакотерапевтическая группа: Средства, действующие на ЦНС, нейролептики.

4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты: нейролептик, производное фенотиазина. В зависимости от дозы оказывает анксиолитическое действие, снижает чувство напряженности и тревоги, обладает антидепрессивной активностью, оказывает умеренное антипсихотическое, противорвотное действие. Обладает мягким антигистаминным, адреноблолирующим и холиноблолирующим эффектом. В средних дозах редко вызывает экстрапирамидные нарушения, сонливость.

5. Краткие сведения о доказательстве эффективности: Снижает уровень возбуждения, тревоги и беспокойства, является корректором поведения. Уровень убедительности доказательств В. [4, 5, 24, 25, 43].

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований: не проводились.

7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в том числе биоэквивалентность для аналогов: метаболизируется в печени, выводится с мочой и калом.

8. Показания для применения: абстинентный синдром при алкоголизме и токсикоманиях, актуализация патологического влечения при наркомании, психомоторное возбуждение.

9. Противопоказания для применения: повышенная чувствительность к препаратам

фенотиазинового ряда, острая депрессия.

10. Критерии эффективности: снижение патологического влечения к ПАВ, уровня напряжения, беспокойства, тревоги.

11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены. Препарат обладает достаточной терапевтической широтой. Подбор суточной дозы для снижения уровня патологического влечения и купирования психопатологической симптоматики осуществляется в течение 3-5 дней, дозировки составляют от 0,02 до 0,1 г. в сутки в три-четыре приема, продолжительность курса лечения в условиях амбулатории 2-3 недели, в условиях стационара - до 4 недель. Препарат отменяют при непереносимости и проявлении побочных эффектов.

12. Передозировка. Симптомы: паркинсонизм, экстрапирамидная симптоматика, психомоторное возбуждение, летаргия, изменения ЭКГ, головная боль, нарушение зрения, рвота, запор, диарея, фотофобия, аллергические реакции. Лечение осложнений и передозировок: отмена препарата, симптоматическая терапия.

13. Предостережения и информация для медицинского персонала: курс лечения высокими дозами продолжают не более 5 недель.

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др. Сонапакс усиливает действие препаратов, угнетающих функции ЦНС.

15. Побочные эффекты и осложнения: сонливость, спутанность сознания, псевдопаркинсонизм, беспокойство, чрезмерная моторная возбудимость, головные боли, сухость во рту, нарушения зрения, тошнота, рвота, диарея, нарушения менструального цикла, задержка эякуляций, отеки, аллергические реакции.

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами: с осторожностью комбинировать с препаратами, угнетающими функции ЦНС.

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств: не применяется.

18. Предостережения и информация для пациента: при лечении следует воздерживаться от потенциально опасных видов деятельности, - вождения автотранспорта, работы с движущимися механизмами.

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: принимать только по назначению врача. В период лечения сонапаксом нельзя употреблять спиртные напитки.

20. Формы выпуска, дозировка: таблетки 0,01, 0,025 мг, в упаковке 30, 50 табл.

Трифлуоперазин

1. Международное непатентованное название: Трифлуоперазин

2. Перечень основных синонимов: Трифлуоперазин, Стелазин, Тразин, Трифторперазин, Аквил, Трифтазин

3. Фармакотерапевтическая группа:

- нейрорептик, производное фенотиазина с пиперазиновой боковой цепью

- обладает мощным антипсихотическим действием

4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты:

- механизм выраженного антипсихотического действия связан с блокадой дофаминовых рецепторов в ЦНС

- основные фармакологические эффекты определяются его антидофаминергическим влиянием

- препарат обладает противорвотным действием и умеренной холинолитической активностью

- потенцирует действие снотворных и седативных средств, а также других супресоров ЦНС

- оказывает сильное каталептогенное влияние

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности:

- относится к категории так называемых растормаживающих (дезингибирующих) нейролептиков; эффективен при состояниях, сопровождающихся вялостью, адинамией и галлюцинаторно-бредовой симптоматикой

- используется для подавления патологического влечения к ПАВ

- эффективен у больных с обсессивно-фобической симптоматикой

Шкала убедительности доказательств B. [14, 44].

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований: не проводились.

7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в.т.ч. биоэквивалентность для аналогов:

- трифтазин хорошо всасывается при приеме внутрь (энтеральная биодоступность составляет 37%)

- связывается с транспортными белками крови до 85%

- метаболизируется печенью с образованием нескольких десятков метаболитов, часть которых обладает фармакологической активностью

- метаболиты могут обнаруживаться в моче, спустя 1-2 недели после хронического приема препарата

8. Показания:

- применяется в лечении пограничных психических расстройств с преобладанием навязчивостей и сверхценных образований

- улучшает психическое состояние больных наркоманией, оказывая влияние на синдром патологического влечения и на так называемые установочные формы поведения

- способен уменьшать выраженность депрессивных и адинамических расстройств в структуре так называемой "сухой абстиненции".

9. Противопоказания:

- непереносимость к препарату (аллергические реакции)

- церебральная недостаточность с выраженными экстрапирамидными нарушениями

- беременность

- лактация

10. Критерии эффективности:

- купирует острые психотические состояния с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой

- способен улучшать динамику аддитивных нарушений, развивающихся на фоне эндогенных психических заболеваний, способствует подавлению патологического влечения к ПАВ.

11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены:

- препарат назначают внутрь и внутримышечно

- начальные дозы составляют 0,001-0,005 г и повышаются постепенно в соответствии с клиническими эффектами и переносимостью

- максимальная суточная доза в пределах 0,03 - 0,12 г.

В амбулатории курс лечения 2-3 недели, в стационаре до 4 недель.

Препарат отменяют при появлении нейролептического злокачественного синдрома

12. Передозировка. Симптомы: экстрапирамидные расстройства, агранулоцитоз, аллергические реакции. Лечение осложнений и передозировок: симптоматическая терапия, назначение противопаркинсонических средств - центральных холиноблокаторов (тригексифенидил, бипериден) а также кофеина, хлорпромазина.

13. Предостережения и информация для медицинского персонала: соблюдать осторожность при работе с инъекционными формами препарата.

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др. Пожилым пациентам, а также больным с заболеваниями печени, почек и сердечно-сосудистой системы препарат должен назначаться с осторожностью.

15. Побочные эффекты и осложнения:

- преимущественными побочными эффектами являются экстрапирамидные нарушения широкого спектра акатизия, тасикинезия, акайрия, тремор, окулогирные кризы, синдром

Куленкампа-Тарнова, поздние дискинезии

- в тяжелых случаях развития НЗС

- экстрапирамидные эффекты трифтазина могут провоцироваться сопутствующим приемом алкоголя

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами:

- в ряде случаев назначение трифтазина позволяет повысить эффективность антидепрессантов при лечении фармакологически резистентных депрессивных состояний

- экстрапирамидные нарушения, вызванные приемом препарата, корректируются центральными холиноблокаторами, а также кофеином и хлорпромазином

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств: трифлуоперазин - монопрепарат

18. Предостережения и информация для пациента:

- применять только по назначению врача

- запрещается употребление алкоголя при лечении трифтазином

- следует воздерживаться от деятельности/требующей повышенного внимания и быстроты психомоторных реакций (особенно водителям).

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: нет.

20. Форма выпуска и дозировка:

Таблетки по 0,001; 0,005 и 0,01 г, в упаковке по 50 мг

Раствор 0,2% в ампулах по 1 мл, в упаковке по 10 шт.; 1 мл - 2 мг

Флуфеназин

1. Международное непатентованное название: Флуфеназин

2. Перечень основных синонимов: Флуфеназин, Лиородин, Миренил, Модекейт, Модитен, Модитен-депо, Пролинат.

3. Фармакотерапевтическая группа: нейролептик, производные фенотиазина с липеразиновой боковой цепью

4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты:

- является мощным антипсихотическим средством "обрывающего действия", относится к категории так называемых поливалентных нейролептиков

- оказывает слабое седативное действие

- отмечается определенное активирующее (дезингибирующее) действие

- способен оказывать селективное влияние на галлюцинаторно-параноидные и кататонические симптомы

- обладает выраженной противорвотной активностью, проявляет антихолинергическое действие

- оказывает слабое гипотензивное действие (возможно, связанное с угнетением секреции АДГ)

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности:

- улучшает состояние при наличии депрессивно-бредовых синдромов - в наркологической практике используется для подавления патологического влечения к ПАВ и при других психопатологических расстройствах.

Уровень убедительности доказательств **B**.

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований: не проводились.

7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в т.ч. биоэквивалентность для аналогов:

- препарат проявляет аффинитет в отношении D₂ - и в меньшей степени - D₁ типов дофаминергических рецепторов

- обладает сродством к серотониновым 5-HT₂-рецепторам-холинорецепторам

- является слабым антагонистом адренорецепторов

8. Показания:

- широкое применение в психиатрической практике при лечении острых и хронических психозов, депрессивно-бредовых синдромах

- назначают при параноидной и кататонической формах шизофрении непрерывного и приступообразного течения
- шизоаффективных психозах, психотических состояниях другой нозологической принадлежности
- в наркологической практике используется в лечении острых абстинентных психозах у больных алкоголизмом и наркоманией
- у больных с токсическими психозами, в том числе вызванных приемом психомоторных стимуляторов
- при хронических алкогольных психозах (в первую очередь при алкогольном вербальном галлюцинозе и алкогольном бреде ревности)

9. Противопоказания:

- сверхчувствительность к препарату (аллергические реакции)
- органическая церебральная недостаточность
- беременность и кормление грудью
- у наркологических больных при наличии признаков энцефалопатии

10. Критерии эффективности:

- снижение агрессивности, беспокойства, состояния психомоторного возбуждения
- улучшение общего состояния при алкоголизме и наркотической зависимости, сопровождающиеся галлюцинозно-бредовой симптоматикой
- купирование острой психотической патологии при различных формах шизофрении

11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены:

- в наркологической практике препарат в основном используется для внутримышечного введения один раз в месяц в дозе 1 мл (2,5 мг)
- суточная доза составляет 0,002-0,04 г, в редких случаях они повышаются до 0,06 г. В амбулатории и в стационаре курс лечения 1-2 месяца.

Критерии и принципы отмены:

- отменяют при непереносимости, нейроэндокринных нарушениях
- при развитии нейролептического злокачественно синдрома или выраженных экстрапирамидных расстройствах

12. Передозировка. Симптомы: экстрапирамидные расстройства, заторможенность, дезориентация, депрессия, нарушения координации, изменение ЭКГ, рвота, запор, желтуха, кожные аллергические реакции. Лечение осложнений и передозировок: симптоматическая терапия, назначение противопаркинсонических средств.

13. Предостережения и информация для медицинского персонала: работа с инъекционными формами препарата требует особой предосторожности

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др.

- у пожилых лиц высшая суточная доза равна 0,02 г
- при применении препарата необходима осторожность в случае наличия заболевания печени, почек и сердца, при болезни Паркинсона, тиреотоксикозе, эпилепсии
- при длительном применении рекомендуется регулярный контроль картины крови и функции печени

15. Побочные эффекты и осложнения:

- часто вызывает экстрапирамидные расстройства
- к числу побочных действий относится артериальная гипотензия, судорожные синдромы, аллергические реакции
- при длительном приеме могут развиваться лейкопения и нейроэндокринные нарушения

16. Взаимодействие с другими лекарствами и средствами: флуфеназин нецелесообразно применять одновременно с другими нейролептиками фенотиазинового ряда. Алпразолам и Буспирон могут повышать плазменные концентрации флуфеназина.

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств: Модитен - монопрепарат.

18. Предостережения и информация для пациента:
- применять только по назначению врача
 - запрещается употребление алкоголя при лечении модитеном
 - следует воздерживаться от деятельности, требующей повышенного внимания и быстроты психомоторных реакций (особенно водителям)
19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: нет.
20. Форма выпуска и дозировка:
Таблетки и драже по 0,00025; 0,001; 0,0025; 0,005, в упаковке по 25; 30; 60 и 100 шт.
Раствор 0,25% в ампулах по 1 мл. в упаковке по 5 шт.; 1 мл - 2,5 мг

Хлорпромазин

1. Международное непатентованное название: Хлорпромазин.
2. Перечень основных синонимов: Аминазин, Хлорпромазин
3. Фармакотерапевтическая группа: нейролептическое средство, производное фенотиазина с алифатической боковой цепью, для лечения психически больных.
4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты:
 - проявляет мощное седативное и затормаживающее действие - вызывает состояние общего успокоения и психической индифферентности со снижением реактивности к эндогенным и экзогенным стимулам при сохранении сознания
 - обладает антипсихотической активностью
 - оказывает сильное противорвотное действие
 - подавляет икоту, оказывает антигистаминное действие
 - снижает температуру тела, в значительной степени - АД
 - снижает тонус скелетной мускулатуры, может вызвать каталептогенные проявления
5. Краткие сведения о доказательствах эффективности:
 - способствует редукции тревожной и фобической симптоматики
 - купирует различные виды психомоторного возбуждения
 - смягчает абстинентные проявления у больных опийной наркоманией
 - оказывает влияние на синдром патологического влечения к ПАВ.Уровень убедительности доказательств **B**.
6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований: не проводились.
7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в.т.ч. биоэквивалентность для аналогов:
 - хлорпромазин хорошо всасывается при приеме внутрь (энтеральная биодоступность составляет 32%)
 - связывается с транспортными белками крови до 96%
 - объем распределения хлорпромазина 21 л на 1 кг
 - метаболизируется печенью с образованием нескольких десятков метаболитов, часть которых обладает фармакологической активностью
 - метаболиты могут обнаруживаться в моче, спустя несколько недель после хронического приема препарата
 - период полувыведения в среднем равен 30 ч.
 - в неизменном виде выводится не более 2% исходного вещества
 - аденолитическое действие хлорпромазина значительно превосходит антидофаминергическое
 - обладает антисеротонинергическим влиянием
8. Показания:
 - используется в психиатрической практике при острых и хронических психозах, различных видах психомоторного возбуждения
 - применяют при острых маниакальных состояниях
 - в наркологической практике для смягчения абстинентного состояния
 - у больных опийной наркоманией
 - при реактивных состояниях, при психопатиях и невротических расстройствах

различного генеза, сопровождающихся страхом, тревогой, возбуждением

- при психогенных расстройствах настроения у психопатов и при дисфориях у больных эпилепсией

- для лечения алкогольного делирия применять с осторожностью, т.к. может приводить к декомпенсации соматоневрологических нарушений, также усугублять психотическую симптоматику

- имеется положительный опыт применения в лечении патологического алкогольного опьянения

9. Противопоказания:

- при острых церебральных поражениях и токсической коме, паркинсонизме, гипотиреозе, артериальной гипотонии, тяжелых заболеваниях почек

- недопустимо применение при наличии признаков фармакологического действия наркотических анальгетиков и алкоголя

- не должен назначаться при беременности и в период кормления грудью

10. Критерии эффективности:

- купирует состояние возбуждения, беспокойства, выраженной тревоги

- улучшает сон при невротических состояниях, связанных с тревогой

- усиливает анальгетический эффект в комбинации с анальгетиками при наркотической абстиненции

- снижает выраженность патологического влечения к ПАВ.

11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены:

- дозы хлорпромазина определяются индивидуальной переносимостью и клинической потребностью

- начальные дозы с целью получения седативного эффекта могут составлять 0,025-0,075 г

Продолжительность лечения в амбулатории и стационаре 1-2 недели.

Критерии и принципы отмены:

- препарат нередко вызывает экстрапирамидные состояния, преимущественно акинетико-регидного типа

- появление злокачественного нейролептического синдрома (НЗС)

- обладает выраженными гепатотоксическими свойствами, что следует учитывать у больных алкоголизмом и наркоманией

12. Передозировка. Симптомы: нейролептический синдром, стойкая гипотензия, гипотермия, кома, токсический гепатит. Лечение осложнений и передозировок: симптоматическая терапия, назначение противопаркинсонических средств, при злокачественном нейролептическом синдроме рекомендовано лечение в специализированном отделении.

13. Предостережения и информация для медицинского персонала: работа с инъекционными формами препарата требует особой осторожности

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др. Пожилым пациентам, а также больным с заболеваниями печени, почек и сердечно-сосудистой системы препарат должен назначаться с осторожностью

15. Побочные эффекты и осложнения:

- прием хлорпромазина может вызывать диспепсию, угнетение кроветворения, аллергические реакции, фотосенсибилизацию

- способен вызывать местное раздражение тканей и приводить к развитию мышечных инфильтратов, гнойных абсцессов, флебитов

- препарат замедляет метаболизм кислоты вальпроевой, приводит к увеличению ее концентрации в крови

- под действием хлорпромазина могут возрастать плазменные концентрации рисперидона

- иногда наблюдается, так называемая, нейролептическая депрессия

- самым грозным осложнением является НЗС (нейролептический злокачественный синдром)

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами:

- потенцирует действие транквилизаторов, снотворных, средств для наркоза, наркотических анальгетиков, нестероидных противовоспалительных препаратов

- усиливает действие алкоголя

- несовместим с растворами барбитуратов, карбонатов и раствором Рингера, что необходимо учитывать при оказании экстренной помощи пациентам психиатрического и наркологического профиля.

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств: хлорпромазин - монопрепарат

18. Предостережения и информация для пациента:

- применять только по назначению врача

- запрещается употребление алкоголя при лечении хлорпромазином

- следует воздерживаться от деятельности, требующей повышенного внимания и быстроты психомоторных реакций (особенно водителям)

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: нет

20. Форма выпуска и дозировка:

Драже: в упак. 10 шт., 1 др. - 25 мг; 50 мг; 100 мг

Раствор для инъекций 2,5%: в упак. 10 шт., 1 ам. - 2 мл; 1 мл - 25 мг

Карбамазепин

1. Международное непатентованное название: Карбамазепин

2. Перечень основных синонимов: Карбатол, Тигретол, Финлепсин, Carbamazepine, Epitol, Mazerin, Stazerin, Zeptol.

3. Фармакотерапевтическая группа: Противосудорожный препарат, нормотимик.

4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты:

- наряду с антипароксизмальным, противосудорожным эффектом препарат оказывает умеренное антиманиакальное, антидепрессивное и анальгетическое действие,

- способен в слабой степени угнетать активность альдегиддегидрогеназы и вызывать дисульфирамоподобные реакции при взаимодействии с алкоголем.

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности: Финлепсин находит применение как эффективное антиабстинентное средство, подавляет дисфорические проявления у больных алкоголизмом и наркоманией, способен редуцировать влечение к ПАВ. Оказывает неоднозначное действие в фазе острой депривации опиоидов. Применение финлепсила представляется особенно оправданным в отношении лиц с эпилептоидными и тимопатическими личностными расстройствами. Препарат рассматривается в качестве одного из средств выбора для предупреждения и купирования синдрома отнятия при зависимости к транквилизаторам бензодиазепинового ряда. Уровень убедительности доказательства **B**.

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований: отсутствуют.

7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в т.ч. биоэквивалентность для аналогов. Механизм действия препарата связан с блокадой натриевых каналов нейрональных рецепторов, стабилизации мембраны, замедлению синаптического распространения возбуждающих импульсов, а также с угнетением метаболизма катехоламинов и выделением глутамата.

После приема внутрь препарат абсорбируется почти полностью. Связывание с белками плазмы крови составляет 75%. Период полувыведения препарата колеблется от 12 до 29 часов. Препарат является индуктором печеночных ферментов и стимулирует собственный метаболизм 70% от принятой дозы экскретируется с мочой (в виде неактивных метаболитов) и 30% с калом.

8. Показания:

- эффективное антиабстинентное средство
- в значительной мере редуцирует влечение к ПАВ
- эпилепсия: большие, фокальные, смешанные эпилептические припадки
- лечение невралгий тройничного нерва
- профилактика приступов при синдроме алкогольной абстиненции
- в сочетании с другими препаратами предупреждает развитие алкогольного делирия
- подавляет дисфорические проявления

9. Противопоказания:

- AV блокада
- одновременный прием ингибиторов MAO
- повышенная чувствительность к препарату

10. Критерии эффективности: Снижение риска возникновения алкогольного делирия. Редукция влечения к алкоголю, наркотикам. Уменьшение болевого синдрома при отнятии от наркотиков.

11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены: При актуализации влечения препарат назначается в дозе 200 мг 3 раза в сутки. Начальная доза 100-200 мг 1-2 раза в сутки в условиях амбулатории. При необходимости в условиях стационара доза препарата может быть увеличена до 400 мг 2-3 раза в сутки. Критерии и принципы отмены: Длительный прием финлепсина может приводить к угнетению кроветворения, проявляющемуся апластической анемией, агроанулоцитозом (в том числе с летальным исходом) и тромбоцитопенией, поэтому продолжительное лечение требует систематического лабораторного контроля.

12. Передозировка. Симптомы: дезориентация, сонливость, возбуждение, галлюцинации, кома, дизартрия, атаксия, нистагм, дискинезия, судороги, гипотермия, угнетение дыхания, отек легких, тахикардия, остановка сердца, рвота, олигурия, гипергликемия, метаболический ацидоз. Лечение осложнений и передозировок: отмена препарата, симптоматическая терапия.

13. Предостережения и информация для медицинского персонала: следить за функциями желудочно-кишечного тракта.

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др. С осторожностью назначают финлепсин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, выраженным нарушением функции печени и/или почек, лицам пожилого возраста.

15. Побочные эффекты и осложнения: Возможны потеря аппетита, сухость во рту, тошнота, рвота, диарея, запор, головные боли, головокружения, сонливость, нарушение аккомодации, диплопия. У лиц пожилого возраста - спутанность сознания, ажитация.

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами: Не менее чем за 2 недели до начала терапии финлепсином необходимо прекратить лечение ингибиторами MAO. За счет метаболической активности ферментов печени финлепсин способен повысить скорость элиминации галоперидола, пропаксифена, кислоты вальпроевой и клоназепама. В противоположность этому пропаксифен и кислота вальпроевая могут угнетать клиренс финлепсина и приводить к повышению его стабильности. Одновременный прием финлепсина и препаратов лития может усилить нейротоксические эффекты последнего. Одновременное назначение финлепсина и нейролептиков или метоклопрамида может способствовать усилению проявления побочного действия со стороны ЦНС, психики. Препарат стимулирует метаболизм антикоагулянтов, гормональных противозачаточных препаратов, фолиевой кислоты. Назначение финлепсина наряду с некоторыми другими препаратами (хлордиазепоксидом или диазепамом, тиаминем, пропранолоном, магния сульфатом, фенобарбиталом) может предупредить развитие делирия.

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств: нет.

18. Предостережения и информация для пациента. При появлении побочных явлений следует незамедлительно обратиться к врачу.

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: нет.

20. Формы выпуска, дозировка:

Таблетки по 0,2 г в упаковке по 30, 50 и 100 шт.

Ноотропные препараты

Пирацетам

Гамма-бутировая кислота

Пикамилон

Пирацетам

1. Международное непатентованное название. Пирацетам ирацетам (2-оксо-1-пирромедирилацетамид)

2. Перечень основных синонимов: Пирацетам, пирамем, пирабене, bramtop, pirroxil, neutrotrin, noocetal, cerebropan.

3. Фармакотерапевтическая группа: Средство, влияющее на обменные, регенераторно-репаративные процессы и кровообращение мозга. Ноотропные, нерйрометаболические препараты.

4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты:

а) нейрометаболические эффекты рецетамов:

- активация окислительно-восстановительных процессов, синтез АТФ, креатинфосфата, аденилатцетазы, поддержка анаэробного метаболизма при ишемии, синтез белков ДНК, РНК, фосфолипидов;

- ГАМК-миметическое постсинаптическое действие (ГАМК-шунт повышает утилизацию глюкозы в условиях гипоксии),

- угнетает кортикальный выброс L-пролина амнестической АМК, ингибирует перекисное окисление липидов,

- усиливает синтез дофамина,

- понижает уровень норадреналина в головном мозге,

- увеличивает плотность холинергических рецепторов,

- проявляет дофаминергические, адренолиметические и стероидергические свойства

б) гемодинамические эффекты:

- улучшение церебрального кровотока

- уменьшает агрегацию тромбоцитов, адгезию эритроцитов, умеренно снижает системное АД и периферическое сопротивление мозговых сосудов

- понижает спазм мозговых сосудов, улучшает микроциркуляцию.

в) оказывает защитное действие при повреждениях головного мозга, вызванных гипоксией, интоксикациями, электрошоком.

г) улучшается интегративное деятельность мозга:

- усиливает действие антидепрессантов, повышает чувствительность организма к нейрорептикам, уменьшая экстрапирамидные эффекты, оказывает антипаркинсоническое действие, вегетостабилизирующее, антиастеническое, стимулирующее и собственно ноотропное (мнестическая, интеллектуальная и интегративная деятельность мозга).

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности прием ноотропила улучшает интегративную деятельность мозга (интеллектуально-мнестические, операциональные и когнитивные возможности) у здоровых лиц и приводит к редукции проявлений психоорганического синдрома как сосудистого, так и интоксикационного генеза. Уровень убедительности доказательств С [51, 54].

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований анализ затрат на лечение цереброваскулярной патологии препаратами ноотропного ряда показал, что наиболее дешевыми являются отечественные препараты пирацетам - табл - 200 мг, N 120, аминалон - 250 мг, N 100, пирацетам капе - 400 мг, N 60.

7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в т.ч. биоэквивалентность для аналогов

ноотропил хорошо всасывается при приеме внутрь, практически не метаболизируется, биодоступность - 100%, максимальная концентрация в плазме крови через 30 мин, период полувыведения из плазмы 4-5 час. Проникает во все ткани и органы, проникает через плацентарный и гематоэнцефалический барьер. Максимальная концентрация ноотропила определяется в коре лобных, височных и затылочных долей головного мозга, а также мозжечка. До 95% выводится почками за 30 часов.

8. Показания астено-адинамические, астено-депрессивные состояния различного генеза, энцефалопатические состояния у больных с сосудистыми, травматическими поражениями мозга, расстройства сознания различной этиологии. В наркологической практике показан при большинстве клинических синдромов злоупотребления психоактивными веществами, обладает умеренной способностью уменьшать патологическое влечение к алкоголю. Купирует алкогольные абстинентные расстройства. При наркомании, в отличие от алкоголизма, менее эффективно купирует абстинентный синдром. Эффективен при лечении тяжелых форм алкогольного делирия и алкогольных энцефалопатий с выраженными неврологическими и экстрапирамидными расстройствами.

9. Противопоказания:

- тяжелая почечная недостаточность
- беременность
- лактация (грудное вскармливание)
- повышенная чувствительность к препарату

10. Критерии эффективности: ускоренное устранение остаточных явлений абстинентного синдрома, снижение выраженности экстрапирамидных расстройств на фоне базисной терапии нейролептиками, повышение когнитивных и мнестических функций и оптимизация участия больных в лечебно-реабилитационном процессе.

11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены: в постабстинентном периоде средняя терапевтическая доза от 0,8 до 2,4 г/сут до 1 месяца, на этапах реабилитации - курсами 1-2 месяца как в условиях амбулатории, так и стационара. Для больных с высоким УРП курс лечения до 1 месяца, а для больных со средним и низким УРП до 2 месяцев.

Критерии и принципы отмены: В случае возникновения нарушений сна рекомендуется отменить вечерний прием препарата, присоединив эту дозу к дневному приему.

12. Передозировка. Симптомы: аллергические реакции при непереносимости препарата. Лечение осложнений и передозировок: отмена препарата, симптоматическая терапия.

13. Предостережения и информация для медицинского персонала: нет.

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др. При длительной терапии назначают ноотропил в суточной дозе 4,8 г в течение нескольких недель, затем назначают поддерживающую дозу - 1,2-1,4 г в сутки. Больным с нарушениями функции почек в анамнезе препарат назначают с осторожностью: данной категории больных необходима коррекция режима дозирования с учетом значения клиренса креатинина.

15. Побочные эффекты и осложнения. Редко: повышенная возбудимость, раздражительность, беспокойство, расстройства сна, диспептические явления, боли в животе, головокружение, головная боль, тремор и аллергические реакции.

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами: клинически значимого взаимодействия ноотропила препаратами других групп не выявлено.

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств. Пирацетам входит в состав комбинированных препаратов фезам (в сочетании с циннаризином), ороцетам (в сочетании с оротовой кислотой), диапирам (в сочетании с диазепамом).

18. Предостережения и информация для пациента: нет.

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: не требуется.

20. Формы выпуска, дозировка.

Таблетки по 0,2 г в упаковку по 60 и 120 шт.

Капсулы по 0,4 г в упаковке по 60 шт.

Раствор 20% в ампулах по 5 мл (200 мг в 1 мл) в упаковке по 10 шт.

Гамма-бутировая кислота

1. Международное непатентованное название: Gamma-aminobutyric acid
2. Перечень основных синонимов: Гаммалон, гамма-бутировая кислота
3. Фармакотерапевтическая группа: Ноотропный препарат.
4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты:
 - гамма-аминобутировая кислота (GABA) - биогенное вещество, содержится в ЦНС, является медиатором торможения в нейрональной зоне, а также участвует в метаболических процессах повышает дыхательную активность тканей мозга
 - улучшает утилизацию глюкозы
 - улучшает кровоснабжение мозга
 - влияет на метаболические процессы в мозге
 - обладает умеренной антигипоксической и противосудорожной активностью, вызывает небольшое снижение АД с некоторой брадикардией
5. Краткие сведения о доказательствах эффективности: Повышает продуктивность мышления, улучшает память, оказывает мягкое психостимулирующее действие. Уровень убедительности доказательств С.
6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований отсутствуют.
7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в т.ч. биоэквивалентность для аналогов: Препарат является биогенным амином, восстанавливает процессы метаболизма в головном мозге, способствует утилизации глюкозы мозгом и удалению из него токсических продуктов обмена, обеспечивает нормализацию динамики нервных процессов в головном мозге. Препарат хорошо и быстро абсорбируется в ЖКТ. При приеме внутрь биодоступность составляет около 60-70%. Максимальная концентрация в плазме отмечается через 1 ч. Период полувыведения составляет около 5 час.
8. Показания: Алкогольная и наркотическая энцефалопатия и полиневрит, сосудистые заболевания головного мозга, дисциркуляторная энцефалопатия.
9. Противопоказания. Повышенная чувствительность к препарату.
10. Критерии эффективности: уменьшает моторную и интеллектуальную заторможенность, улучшает все виды памяти, концентрацию внимания, повышает настроение.
11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены: Суточная доза для взрослых составляет 3-3,75 г. Суточную дозу делят на 3 приема и принимают до еды. Курс лечения от 2-3 недель для больных с высоким УРП и до 2-4 месяца для больных со средним и низким УРП (амбулаторно или в стационаре). Критерии и принципы отмены: общее улучшение психического состояния, повышение работоспособности и интеллектуально-мнестических функций.
12. Передозировка. Симптомы: аллергические реакции при непереносимости препарата. Лечение осложнений и передозировок, отмена препарата, симптоматическая терапия.
13. Предостережения и информация для медицинского персонала: нет.
14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др. Не имеет.
15. Побочные эффекты и осложнения: В отдельных случаях тошнота, рвота, нарушения сна, диспепсия, повышение температуры тела.
16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами: Клинически значимого лекарственного взаимодействия с другими лекарственными средствами не установлено.
17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств: нет.

18. Предостережения и информация для пациента: нет.
19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: не имеется.
20. Формы выпуска, дозировка.
Таблетки по 250 мг, 100 шт.

Пикамилон

1. Международное непатентованное название: Picamilonum
2. Перечень основных синонимов: Nicotinoylgamma-aminobutyric acid
3. Фармакотерапевтическая группа: Ноотропное средство
4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты:
 - в химическом отношении препарат представляет собой сочетание молекулы гамма-аминобутировой кислоты (GABA) и никотиновой кислоты (витамин PP).
 - улучшает функциональное состояние мозга за счет нормализации метаболизма и влияния на мозговое кровообращение.
 - Увеличивает объемную и линейную скорость мозгового кровотока, уменьшает сопротивление мозговых сосудов.
 - улучшает микроциркуляцию.
 - оказывает ангиопоксическое, антиоксидантное и антиагрегантное действие.
 - при курсовом приеме препарата отмечается восстановление физической и умственной работоспособности, уменьшение головной боли, головокружения, улучшение памяти, нормализация сна, снижение или исчезновение чувства тревоги, напряжения, страха у наркологических больных.
5. Краткие сведения о доказательствах эффективности: Снижает сопротивление сосудов мозга, улучшает микроциркуляцию в системе пияльных артерий мозга. Восстанавливает физическую и умственную, работоспособность. Ускоряет становление ремиссии у наркологических больных. Уровень убедительности доказательств C.
6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований: не проводились
7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в т.ч. биоэквивалентность для аналогов: пикамилон проникает через гематоэнцефалический барьер, значительно превосходя в этом отношении GABA и ноотропил. В тканях мозга заметного распада на никотиновую кислоту и GABA не выявлено. Выводится в основном через почки в неизменном виде.
8. Показания: абстинентный синдром у больных с хроническим алкоголизмом, дисциркуляторная энцефалопатия, астенические состояния, обусловленные нервно-психическими заболеваниями.
9. Противопоказания для применения: острые и хронические заболевания почек, повышенная чувствительность к компонентам препарата.
10. Критерии эффективности: при нарушениях функции головного мозга увеличивается устойчивость ЦНС к воздействию неблагоприятных факторов. Оказывает некоторое анксиолитическое и психостимулирующее действие, восстанавливает умственную и физическую работоспособность, способствует редукции сомато-вегетативных, астено-депрессивных, токсико-энцефалопатических, экстрамирамидных, постабстинентных расстройств и более благоприятное становление и течение периода ремиссии.
11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены: При абстинентном синдроме у наркологических больных пикамилон назначают по 100-350 мг в сутки в течение 6-7 дней. При более стойких нарушениях вне абстиненции назначают по 40-60 мг в сутки. Критерии и принципы отмены: индивидуальная непереносимость препарата.
12. Передозировка. Симптомы: аллергические реакции при непереносимости препарата. Лечение осложнений и передозировок: отмена препарата, симптоматическая терапия.
13. Предостережения и информация для медицинского персонала: нет.
14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др. Ограничения не установлены.

15. Побочные эффекты и осложнения: Возможны: головокружение, головная боль, легкая тошнота, аллергические реакции.

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Пикамилон уменьшает угнетающее влияние на ЦНС энатолсодержащих препаратов.

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств: нет.

18. Предостережения и информация для пациента: нет.

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: нет.

20. Формы выпуска, дозировка.

Таблетки по 20 мг (30 табл./упаковке), по 50 мг (по 30 табл./упаковке)

Снотворные средства

Зопиклон
Нитразепам

Зопиклон

1. Международное непатентованное название: Zopiclone

2. Перечень основных синонимов: имован

3. Фармакотерапевтическая группа: гипнотик

4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты: психотропный препарат из группы производных циклопирролонов, оказывает снотворное действие, обладает высоким сродством к местам связывания на рецепторном комплексе ГАМК в ЦНС. Укорачивает период засыпания, уменьшает количество ночных пробуждений, сохраняя нормальную фазовую структуру сна. Под влияние препарата сон и пробуждение протекают физиологически.

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности: Восстанавливает сон, который обычно наступает через 20-40 минут после приема препарата и длится 6-8 часов. Уровень убедительности доказательства A.

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований: не проводились.

7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в том числе биоэквивалентность # для аналогов: Период полувыведения 3,5-6 часов. Повторные приемы не сопровождаются кумуляцией препарата и его метаболитов.

8. Показания: затрудненное засыпание, ночные пробуждения, раннее пробуждение, вторичные нарушения сна при психических расстройствах.

9. Противопоказания: повышенная чувствительность к препарату, выраженная дыхательная недостаточность.

10. Критерии эффективности: нормализация сна в первый день приема препарата.

11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены режим дозирования - 1-2 таблетки на прием за 30 минут до сна, натощак с небольшим количеством жидкости. Продолжительность лечения 1-4 дня. Критерии и принципы отмены: продолжительность курса лечения не более 4-х недель.

12. Передозировка. Симптомы: угнетение ЦНС от сонливости до коллапса. Лечение осложнений и передозировок: отмена препарата, промывание желудка, прием активированного угля, симптоматическая терапия.

13. Предостережения и информация для медицинского персонала: нет.

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др.: при назначении препарата больным с тяжелыми заболеваниями печени разовая доза должна составлять 1\2 таблетки. При нарушениях функций почек снижать дозировки не требуется.

15. Побочные эффекты и осложнения: препарат хорошо переносится, и отличается

редкой частотой постсомнических нарушений. Со стороны ЖКТ - горький или металлический привкус во рту, крайне редко - тошнота, рвота. Со стороны нервной системы - раздражительность, подавленное настроение, спутанность сознания. Аллергические реакции развиваются редко.

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами: усиливает угнетающее действие этанола на ЦНС и эффекты нейролептиков и барбитуратов. Снижает концентрацию тримипрамина.

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств: не применяется

18. Предостережения и информация для пациента: при лечении имованом следует воздерживаться от потенциально опасных видов деятельности: вождения автотранспорта, работы с движущимися механизмами.

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: принимать только по назначению врача, не употреблять спиртное в процессе лечения.

20. Формы выпуска, дозировка.

Таблетки в упаковке по 5 и 20 шт.

Нитразепам

1. Международное непатентованное название: Nitrazepam

2. Перечень основных синонимов: Берлидорм, Могадон, Нитразепам, Неозепам, Радедорм, Эуноктин, Apodorm, Benzalin, Calsmin, Dormicum, Dumolid, Epibenzalin, Epinelbon, и др.

3. Фармакотерапевтическая группа: Средства, действующие на ЦНС. Снотворные средства.

4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты: Обладает выраженным снотворным эффектом, центральной миорелаксирующей, анксиолитической и противосудорожной активностью.

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности: Увеличивает глубин и продолжительность сна, который обычно наступает через 20-40 минут после приема препарата и длится 6-8 часов. Уровень убедительности доказательства B.

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований, не проводились.

7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в том числе биоэквивалентность для аналогов: Биодоступность составляет около 78%, связывание с белками плазмы около 80%, период полувыведения в среднем 26 часов, выделяется в виде метаболитов.

8. Показания: симптоматическое лечение расстройств сна.

9. Противопоказания: повышенная чувствительность к препарату, токсикомания, острые отравления алкоголем, снотворными, наркотическими анальгетиками, психотропными препаратами, беременность, лактация.

10. Критерии эффективности: нормализация сна в первый день приема препарата.

11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены: режим дозирования устанавливают индивидуально, от 1\2 до 2 таблеток на прием за 30 минут до сна, натошак с небольшим количеством жидкости. Продолжительность лечения 1-4 дня. Критерии и принципы отмены: продолжительность курса лечения не более 4-х недель, включая период постепенного снижения дозы при отмене препарата. Этот период необходим для предупреждения синдрома отмены, который проявляется возобновлением бессонницы в более выраженной форме при резкой отмене радедорма.

12. Передозировка. Симптомы: сонливость, нарушение координации, дисфункции ЖКТ, тахикардия, дизурические расстройства. Лечение осложнений и передозировок: отмена препарата, промывание желудка, прием активированного угля, симптоматическая терапия.

13. Предостережения и информация для медицинского персонала: При внезапной отмене радедорма у пациентов с токсикоманией развивается абстинентный синдром, проявляющийся головной болью, беспокойством, раздражительностью, волнением,

возбуждением, чувством страха, потливостью. Иногда могут развиваться судороги, тремор, галлюцинации, в редких случаях - острый психоз.

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др.: соблюдать осторожность при назначении препарата больным с тяжелыми заболеваниями печени, нарушениями функций почек, тяжелыми формами дыхательной и сердечной недостаточности, выраженными поражениями церебральных сосудов и органическими изменениями головного мозга.

15. Побочные эффекты и осложнения: Со стороны нервной системы - часто дневная усталость, сонливость, головокружения, замедленная реакция, нарушение способности сосредотачиваться. Возможно снижение полового влечения, антероградная амнезия. Редко развивается мышечная слабость, головные боли, спутанность сознания. При применении высоких доз препарата возможны расстройства артикуляции, нарушения локомоции, зрительные расстройства, галлюцинации, нарушения поведения. Со стороны органов дыхания - в редких случаях возможно угнетение дыхания. Иногда развиваются аллергические реакции, повышение аппетита.

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами: усиливает действие барбитуратов, нейролептиков, некоторых антидепрессантов, транквилизаторов и наркотических анальгетиков и седативных средств. Усиливает угнетающее действие этанола на ЦНС и эффекты миорелаксантов.

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств: не применяется.

18. Предостережения и информация для пациента: при лечении радедормом следует воздерживаться от потенциально опасных видов деятельности - вождения автотранспорта, работы с движущимися механизмами.

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: принимать только по назначению врача.

20. Формы выпуска, дозировка.

Таблетки в упаковке по 20 шт.

Аминокислоты

Глицин

Глютаминовая кислота

Тиоктовая (альфа-липоевая) кислота. Берлитион

Церебролизин

Глицин

1. Международное непатентованное название: Glicinum

2. Перечень основных синонимов: глицин

3. Фармакотерапевтическая группа: 3.10.2, аминокислота.

4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты: является заменимой аминокислотой. Центральный медиатор тормозного типа действия. Улучшает метаболизм мозговой ткани. Оказывает седативное действие. Уменьшает выраженность депрессии. Ослабляет влечение к алкоголю, уменьшает проявления абстинентного синдрома.

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности: Улучшает состояние больных при абстинентном синдроме, активизирует умственную деятельность и физическую работоспособность. Уровень убедительности доказательства **B**.

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований: не проводились.

7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в том числе биоэквивалентность для аналогов: аминокислота, включается в обмен белка.

8. Показания: у наркологических больных применяется в период ремиссии при тревожных, депрессивных состояниях, раздражительности и нарушениях сна.

9. Противопоказания: повышенная чувствительность к препарату.
10. Критерии эффективности: улучшение общего состояния, редукция симптоматики.
11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены: в период ремиссии - по 1 табл. два-четыре раза в сутки, при нарушениях сна - по 1 табл. за 20 мин. до сна (амбулаторно и стационарно). Критерии и принципы отмены: лечение глицином может продолжаться и после отмены нейролептиков, и составлять от 1 до 4 мес.
12. Передозировка. Симптомы: аллергические реакции при непереносимости препарата. Лечение осложнений и передозировок: отмена препарата, симптоматическая терапия.
13. Предостережения и информация для медицинского персонала: нет.
14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др.: нет.
15. Побочные эффекты и осложнения: аллергические реакции.
16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами: нет.
17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств: не применяется.
18. Предостережения и информация для пациента: таблетки предназначены для рассасывания под языком.
19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: нет.
20. Формы выпуска, дозировка.
Таблетки сублингвальные 0,1 г. в упаковке по 50 штук.

Глютаминовая кислота

1. Международное непатентованное название: Glutaminic acid
2. Перечень основных синонимов: Глютаминовая кислота, Acidogen, Acidulin, Acidum glutamicum, Glutan, Glutansin.
3. Фармакотерапевтическая группа: Средства, влияющие на тканевый обмен. Аминокислоты.
4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты: участвует в обмене азота в центральной нервной системе, превращая аммиак в глютамин, стимулирует окислительные процессы, способствует синтезу ацетилхолина и АТФ, также усиливает выведение аммиака почками в виде аммонийных солей.
5. Краткие сведения о доказательствах эффективности: улучшение общего состояния. Уровень убедительности доказательства C.
6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований: не проводились.
7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в том числе биоэквивалентность для аналогов: принимает участие в обмене белка.
8. Показания: заболевания ЦНС, снижение когнитивных функций, астено-невротические расстройства.
9. Противопоказания: лихорадочные состояния, заболевания почек, печени, ЖКТ, кроветворных органов.
10. Критерии эффективности: редукция симптоматики.
11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены: назначают по 1 г. 2 -3 раза в сутки продолжительными курсами, от 1 до 12 месяцев. Принимают за 15-30 мин до еды, при диспепсии - во время или после еды. Критерии и принципы отмены: отменяют при проявлении побочных эффектов.
12. Передозировка. Симптомы: аллергические реакции при непереносимости препарата. Лечение осложнений и передозировок: отмена препарата, симптоматическая терапия.
13. Предостережения и информация для медицинского персонала: в период лечения проводить исследования крови и мочи. При отклонениях о# нормы снижают дозировки.
14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции

печени, почек и др.

15. Побочные эффекты и осложнения: возбуждение, рвота, жидкий стул. При длительном применении развивается анемия, лейкопения.

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами: нет.

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств: не применяется.

18. Предостережения и информация для пациента: нет.

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: нет.

20. Формы выпуска, дозировка.

Таблетки, покрытые оболочкой, по 0,25 г. по 40 шт. в упаковке.

Тиоктовая (альфа-липоевая) кислота Берлитион

1. Международное непатентованное название: Thioctic acid

2. Перечень основных синонимов: тиоктовая (альфа-липоевая) кислота, Берлитион.

3. Фармакотерапевтическая группа: средства, влияющие на тканевой обмен.

4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты: препарат, регулирующий обмен веществ. Образуется эндогенно при окислительном декарбоксилировании альфа-кетокислот и пировиноградной кислоты. Участвует в регулировании липидного и углеводного обмен, оказывает гепатопротекторное, антиоксидантное и дезинтоксикационное действие. Улучшает трофику нейронов. Нормализует функцию эндотелия, оптимизирует работу эндогенных антиоксидантных систем.

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности: Улучшает функцию печени, обладая гепатопротекторным и дезинтоксикационным действием, активизирует умственную деятельность.

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований: не проводились.

7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в том числе, биоэквивалентность для аналогов: вещество, образующееся при естественном обмене веществ в организме, оказывает положительное влияние на обменные процессы.

8. Показания: токсический гепатит, алкогольный полиневрит, диабетическая полинейропатия.

9. Противопоказания: повышенная чувствительность к препарату.

10. Критерии эффективности: улучшение общего состояния, редукция симптоматики, нормализация показателей печеночных проб и липидного обмена.

11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены: при тяжелых поражениях в начале лечения препарат назначают по 300-600 мг (соответственно 12-24 мл) в сутки внутривенно в течение 2-4 недель. В дальнейшем переходят на поддерживающую терапию и назначают Берлитион orally по 300 мг 1-2-раза/сутки. В период ремиссии возможно назначение по 1 табл. 1-2 раза в сутки (300-600 мг). Критерии и принципы отмены: лечение Берлитионом может продолжаться до 4 мес., с последующим повторением курсов.

12. Передозировка. Тяжесть в голове, затрудненное дыхание. Лечение: уменьшение дозы, отмена препарата.

13. Предостережения и информация для медицинского персонала: нет.

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др.: отсутствуют данные о прямом тератогенном и эмбриотоксическом действии препарата.

15. Побочные эффекты и осложнения: При быстром внутривенном введении возможны ощущения тяжести в голове и затруднения дыхания, которые проходят самостоятельно. Аллергические реакции - в основном, в месте инъекции.

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами инъекционный раствор не совместим с растворами фруктозы, глюкозы, раствором Рингера, Инъекционная форма

снижает эффективность цисплатина, может усиливать сахаропонижающее действие инсулина или пероральных противодиабетических средств.

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств, не применяется.

18. Предостережения и информация для пациента в период лечения необходимо воздерживаться от приема алкогольных напитков, поскольку спирт и продукты его распада могут приводить к ослаблению терапевтического действия альфа-липоевой кислоты.

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: нет.

20. Формы выпуска, дозировка.

Таблетки, покрытые оболочкой, 300 мг, в упаковке 30 шт.

Раствор для инъекций, 12 мл в ампуле по 5 шт. в упаковке.

Церебролизин

1. Международное непатентованное название: Cerebrolysin

2. Перечень основных синонимов: нет

3. Фармакотерапевтическая группа: Пептидергический ноотроп, обладающий нейротрофическим действием.

4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты:

- содержит низкомолекулярные биологически активные нейропептиды, которые преодолевают гемэнцефалический барьер и непосредственно поступают к нервным клеткам.

- препарат обладает уникальным органоспецифическим мультимодальным действием на головной мозг, что проявляется в способности церебролизина к метаболической регуляции, нейропротекции, функциональной нейромодуляции и нейротрофической активности

а) метаболическая регуляция: церебролизин повышает эффективность аэробного энергетического метаболизма мозга, улучшает внутриклеточный синтез белка в развивающемся и стареющем мозге;

б) нейропротекция: церебролизин защищает нейроны от повреждающего действия лактацидоза, превращает образование свободных радикалов и снижает концентрацию продуктов перекисного окисления липидов на модели ишемии - реперфузии, повышает переживаемость и предотвращает гибель нейронов в условиях гипоксии и ишемии, снижает повреждающее неротоксическое действие возбуждающих аминокислот;

в) нейротрофическая активность: церебролизин - единственный ноотропный пептидергический препарат с доказанной *in vitro* и *in vivo* нейрон - специфической нейротрофической активностью, аналогичной действию естественных факторов нейронального роста, но проявляющейся в отличие от них, в условиях периферического введения.

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности: В остром периоде:

- уменьшение длительности бессознательного состояния
- ускорение регресса очаговых неврологических симптомов
- уменьшение степени комы
- уменьшение продолжительности искусственной вентиляции легких
- сокращение сроков госпитализации
- улучшение или нормализация параметров ЭЭГ, ВП

В период ремиссии:

- регресс психоневрологических нарушений
- позитивная динамика нейропсихологического статуса, включая когнитивные и интеллектуально-мнестические расстройства. Уровень убедительности доказательства [C](#). [4, 15, 25, 29,].

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований не проводились

7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в т.ч. биоэквивалентность для аналогов. Специфическая нейротрофическая активность плазмы может сохраняться в течение 8 часов.

Сложный состав церебролизина (биологически активные олигопептиды полифункционального действия) не позволяет провести фармакокинетический анализ отдельных компонентов.

8. Показания:

- различные формы неврологической и психиатрической патологии с прогрессирующим нарушением когнитивных и интеллектуально-мнестических функций, дисциркуляторная энцефалопатия, травматические повреждения мозга, состояния после хирургического вмешательства, задержка умственного развития, синдромы деменции различного генеза, эндогенная депрессия, резистентная к антидепрессантам, шлемический инсульт, острая стадия реабилитации

- токсическая энцефалопатия алкогольного и наркотического генеза - абстинентный синдром, постабстинентные состояния, экстрапирамидные расстройства

- восстановительный период, фаза нестойкой ремиссии у больных героиновой наркоманией

9. Противопоказания: Печеночная недостаточность, эпилепсия, 1 триместр беременности.

10. Критерии эффективности: Редукция абстинентных расстройств, нормализация когнитивных и интеллектуально-мнестических, астено-депрессивных нарушений в постабстинентном и восстановительном периоде.

11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены. В наркологической практике используются внутривенные инфузии по 5-10, а в случаях токсической энцефалопатии 20-30 мл в течение 5-10 дней с последующей поддерживающей терапией в течение месяца ежедневно или через день. Критерии и принципы отмены: Нормализация когнитивных расстройств или при появлении на больших дозах раздражительности, беспокойства и обострения патологического влечения.

12. Передозировка. Симптомы аллергические реакции при непереносимости препарата. Лечение осложнений и передозировок отмена препарата, симптоматическая терапия.

13. Предостережения и информация для медицинского персонала: нет.

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др. Нет.

15. Побочные эффекты и осложнения. Наблюдаются крайне редко (анафилактическая реакция, гипертермия), не продолжительные и не представляют опасности для больного.

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Возможно потенцирование эффекта антидепрессантов при совместном применении.

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств: нет.

18. Предостережения и информация для пациента: нет.

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: нет.

20. Формы выпуска, дозировка.

Раствор 1 мл - 10 амп. в упаковке, 5 мл и 10 мл - 5 амп.

Бензодиазепины

Транксен

1. Международное непатентованное название Dipotassium clorazepate, Транксен

2. Перечень основных синонимов: Дикалия клоразепат.

3. Фармакотерапевтическая группа. Средства действующие на ЦНС, бензодиазепины.

4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты: Анксиолитическое, седативное, миорелаксирующее, противосудорожное. Обладает антидепрессивной активностью, оказывает умеренное антипсихотическое действие. Купирует психомоторное возбуждение, панические реакции в период абстинентного синдрома. Способствует

устранению агрессивных и аутоагрессивных наклонностей. Упреждает эпизиндром. В средних дозах не вызывает сонливости и не ухудшает память.

5. Сведения о доказательствах эффективности лекарственного средства. Уровень убедительности доказательств **B**.

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований не проводились.

7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в т.ч. биоэквивалентность для аналогов максимальная концентрация препарата в плазме крови достигается через 45-60 минут после приема внутрь. Период полувыведения составляет в среднем 35 часов. Выводится с мочой.

8. Показания: абстинентный синдром сопровождающийся дневной тревогой, тоской, невротическими реакциями, возбуждением.

9. Противопоказания: миастения, дыхательная недостаточность, первый триместр беременности, повышенная чувствительность или привыкание к бензодиазепинам, тяжелые формы органического поражения ЦНС, детский возраст (до 9 лет), лактация.

10. Критерии эффективности: умеренное снижение патологического влечения к психоактивным веществам, а также нивелирование напряжения, тревоги, тоски, раздражительности.

11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены: препарат обладает достаточной терапевтической широтой. Подбор суточной дозы для снижения психопатологической симптоматики осуществляется первые два три дня, дозировки составляют от 5 до 30 мг\сут, при необходимости в стационарных условиях возможно повышение дозы до 50 мг\сут. Продолжительность курса лечения строго индивидуальна от 5 дней до 2 недель. Снижать дозу следует литически в течение 2-3 суток, начиная с дневных приемов. Критерии и принципы отмены: препарат отменяется при непереносимости, побочных эффектах и отсутствии ожидаемого эффекта в течение 3-4 суток.

12. Передозировка. Симптомы: сонливость, антероградная амнезия, кожная сыпь, парадоксальные реакции (возбудимость, агрессивность). Лечение осложнений и передозировок: отмена препарата, промывание желудка, симптоматическая терапия.

13. Предостережения и информация для медицинского персонала: курс лечения высокими дозами (до 90 мг\сут) продолжается не более 1 суток.

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др.: транксен усиливает опьянение, продолжительно угнетает функцию ЦНС.

15. Побочные эффекты и осложнения: сонливость, антероградная амнезия, головокружения, головная боль, слабость, нарушение координации движений, диплопия. Может вызывать парадоксальные реакции типа раздражительности, агрессивности, сухости во рту, тошноты, рвоты, артериальной гипотензии, кожные высыпания.

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами: с осторожностью комбинировать с препаратами угнетающими функцию ЦНС, с миорелаксантами и барбитуратами.

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств не применяется.

18. Предостережения и информация для пациента: при лечении следует воздерживаться от потенциально опасных видов деятельности - вождение автотранспорта, работы с движущимися механизмами и пр. Лицам пожилого возраста препарат назначают в половинных дозах.

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: принимать только по назначению врача. В период лечения транксеном нельзя употреблять спиртосодержащие жидкости.

20. Форма выпуска, дозировка.

Капсулы по 0,005 и 0,01 г., в одном флаконе 30 капсул.

Блокаторы опиатных рецепторов

Налтрексон гидрохлорид

1. Международное непатентованное название: Налтрексон гидрохлорид
2. Перечень основных синонимов: Naltrexone hydrochloride, Налтрексон ФВ, Антаксон, Ревиа.
3. Фармакотерапевтическая группа. Антагонист опиатных рецепторов. Является производным фенантрена, имеет структурное сходство с налоксоном и морфином.
4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты: Конкурентно связывается с опиоидными рецепторами всех типов и предупреждает или устраняет действие как эндогенных опиоидов, так и экзогенных опиоидных препаратов.
5. Краткие сведения о доказательствах эффективности: Препарат поддерживает у больного состояние, при котором опиоиды не могут оказать характерного действия. Уровень убедительности доказательства **A**.
6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований: отсутствует.
7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в т.ч. биоэквивалентность для аналогов: Налтрексон хорошо всасывается из кишечника и проявляет достаточную эффективность после приема внутрь и на 95% метаболизируется в печени с образованием фармакологически активных метаболитов. Основной метаболит - 6-бета-налтрексон также обладает свойствами конкурентного опиоидного антагониста. В дозе 50 мг налтрексон в течение 24 часов блокирует фармакологические эффекты, вызванные внутривенным введением 25 мг героина, при удваивании дозы налтрексона это его действие удлиняется до 48 часов, а при утраивании - до 72 часов. Пик содержания налтрексона и 6-бета-налтрексона в плазме крови наблюдается через час после приема препарата.
8. Показания:
 - профилактика рецидивов героиновой (опийной) наркомании
 - подавление первичного патологического влечения к алкоголю в период становления ремиссии (в комплексной терапии)
 - ультрабыстрое купирование опиоидного абстинентного синдрома под наркозом.
9. Противопоказания: Не следует применять для купирования острой алкогольной абстиненции. Острый гепатит или выраженная печеночная недостаточность. Беременность, грудное вскармливание.
10. Критерии эффективности: Являясь лигандом опиатных рецепторов, налтрексон полностью блокирует центральные фармакологические эффекты опиоидов-агонистов и не имеет внутренней агонистической активности, в связи с чем не способен вызывать привыкания и зависимости и не обладает аттрактивными свойствами для больных наркоманией.
11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены. Лечение налтрексоном может быть начато после воздержания от приема наркотиков в течение 7-10 дней после проведения курса дезинтоксикации. Рекомендуется начать с дозы 25 мг внутрь - 1/2 таблетки. При отсутствии в течение часа признаков синдрома отмены больному дают оставшуюся дневную дозу препарата (25 мг). Курс противорецидивной терапии не менее 3-6 месяцев. Критерии и принципы отмены: Продолжительная (не менее 6 месяцев) ремиссия, стойкая установка на отказ от наркотиков и ресоциализация больного.
12. Передозировка. Симптомы: тошнота, рвота, диарея, боли в животе, нарушение функции печени, головная боль, диссомния, головокружения, депрессии, галлюцинации, озноб, ринорея, кашель, носовые кровотечения, отеки, тахикардия, боли в суставах и мышцах, зуд. Лечение осложнений и передозировок: отмена препарата, симптоматическая терапия.
13. Предостережения и информация для медицинского персонала. При необходимости преодоления блокады опиатных рецепторов (вводный наркоз, обезболивание при неотложных ситуациях) необходимо использовать большие дозы кратковременных наркотиков, чтобы минимизировать риск угнетения дыхания и циркуляторного коллапса.
14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у

детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др. Временами сообщалось о временных бессистемных отклонениях среди больных болезнью Альцгеймера (пожилых) и болезненно полных пациентов. Длительный прием налтрексона требует систематической оценки состояния печени, т.к. препарат метаболизируется печенью и способен усиливать проявления цитолитического и холестатического синдромов хронического гепатита.

15. Побочные эффекты и осложнения. Прием препарата обычно не вызывает серьезных побочных эффектов, но может сопровождаться диспептическими расстройствами, болями в суставах, аллергическими реакциями, нарушениями сна, нервозностью, головными болями.

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Некоторые препараты, содержащие опиоиды (противокашлевые, противопоносные средства, наркотические анальгетики) могут не вызвать желаемого результата у принимающих налтрексон.

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств: нет.

18. Предостережения и информация для пациента: Пациент должен иметь при себе карточку назначений налтрексона для информации медработников в случае оказания неотложной помощи. При необходимости преодоления блокады опиатных рецепторов (вводный наркоз, обезболивание при неотложных ситуациях) необходимо использовать большие дозы кратковременно действующих наркотиков, чтобы минимизировать риск угнетения дыхания и циркуляторного коллапса.

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента: Пациент должен быть предупрежден о действии налтрексона в случае приема им наркотиков.

20. Формы выпуска, дозировка. Таблетки (капсулы), содержащие по 50 мг налтрексона.

Блокаторы ацетальдегиддегидрогеназы

Дисульфирам

1. Международное непатентованное название: Дисульфирам

2. Перечень основных синонимов: Лидевин.

3. Фармакотерапевтическая группа: средство лечения алкоголизма

4. Основное фармакотерапевтическое действие и эффекты: Одна таблетка лидевина содержит: дисульфирам - 0.5 г., никотинамид (витамин В3) - 0.0003 г., аденин (витамин В 4) - 0.0005. Действие лидевина основано на его способности влиять на обмен алкоголя в организме. В результате блокады ацетальдегиддегидрогеназы задерживается окисление алкоголя на стадии ацетальдегида, что приводит к накоплению его в крови и возникновению токсических эффектов (тошнота, рвота, тахикардия, гиперемия лица и верхней части туловища, общей слабости и пр., а также опосредованное чувство тревоги и страха). Эти свойства приводят к условно-рефлекторному отвращению к спиртным напиткам и благодаря содержанию в составе лидевина аденина и никотинамида токсическое действие дисульфирама значительно снижается и, следовательно, крайне редко возникают нежелательные побочные явления при условии сохранения лечебного эффекта.

5. Краткие сведения о доказательствах эффективности.

- вызывает непереносимость алкоголя

- используется в комплексном лечении больных алкоголизмом и больных наркоманией с параллельной зависимостью от алкоголя; значительно повышает эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий (20-25%)

- используется для выработки условно-рефлекторного отвращения к вкусу и запаху алкогольных напитков и подавления влечения к алкоголю

Принимая активное участие в метаболизме алкоголя, лидевин не только препятствует появлению ожидаемого комфортного состояния алкогольного опьянения, но и обязательно вызывает неприятное физическое и психическое состояние в случаях употребления алкогольных напитков. В результате больной получает мощную поддержку при наличии

мотивации на сохранение трезвого образа жизни.

Уровень убедительности доказательств **B**.

6. Краткие результаты фармакоэкономических исследований: отсутствуют.

7. Фармакодинамика, фармакокинетика, в т.ч. биоэквивалентность для аналогов: Хорошо усваивается желудочно-кишечным трактом. Всасываемость достигает 70-90%. Быстро метаболизируется, выводится из организма в виде глюкурон-конъюгата или превращается в диэтиламин и сульфид углерода, часть которого выводится через легкие. После всасывания депонируется в жировой ткани. Пик действия наступает между шестым и двенадцатым часом после приема и может продолжаться в течение 10-14 дней после прекращения лечения.

8. Показания:

- профилактика рецидивов алкоголизма и пьянства
- подавление первичного патологического влечения к алкоголю в период становления ремиссии (в комплексной терапии)
- пролонгированная терапия в период ремиссии и на этапах реабилитации наркологических больных.

9. Противопоказания:

- Состояние алкогольного опьянения или запой
- Острый гепатит или выраженная печеночная недостаточность.
- Беременность, грудное вскармливание.
- Тяжелые формы эпилепсии, сахарный диабет
- Онкологические заболевания, тяжелые заболевания сердечнососудистой системы

10. Критерии эффективности:

- воздержание от употребления алкогольных напитков
- ремиссии алкоголизма и пьянства
- личностная и социальная реадaptация, восстановление трудоспособности
- значительное повышение качества жизни

11. Принципы подбора, изменения дозы и отмены. Лечение проводится после обследования больного и полного воздержания от алкогольных напитков не менее 12-24 часов. Назначается в виде таблеток по 0.25-0.5 г в сутки. Лечение может осуществляться с проведением лидевин-алкогольных проб и выработкой отрицательного условного рефлекса на алкоголь и без них. Лидевин-алкогольные пробы (7-8 процедур) в два раза повышают эффективность лечения. С целью предотвращения рецидивов заболевания лидевин назначается по 0.25-0.5 г. в сутки в течение 3-6 месяцев ежедневно. В дальнейшем лечение лидевином проводится при наличии предвестников обострения заболевания, в предпраздничные дни, в командировочный период и пр. Критерии и принципы отмены: препарат отменяют при:

- непереносимости (аллергические реакции)
- астения, головные боли
- продолжительная (не менее 6 месяцев) ремиссия, стойкая установка на отказ от употребления алкогольных напитков и ресоциализация больного.

12. Передозировка. Симптомы: головная боль, металлический привкус во рту, амнезии, спутанность сознания, полиневрит нижних конечностей, неврит зрительного нерва, кожные аллергические реакции. Лечение осложнений и передозировок: отмена препарата, промывание желудка, симптоматическая терапия.

13. Предостережения и информация для медицинского персонала. Следить за переносимостью лидевина (возможным возникновением аллергических реакций), обострением имеющихся хронических соматических заболеваний (гастрит, хронический гепатит и пр.). Не назначать медикаменты, содержащие алкоголь.

14. Особенности применения и ограничения при беременности, кормлении грудью, у детей в различных возрастных группах, в пожилом возрасте, при недостаточности функции печени, почек и др. Длительный прием лидевина требует систематической оценки состояния печени, почек, сердца т.к. у пожилых лиц препарат способен обострить течение хронического

гепатита, как и заболевания почек, сердечно-сосудистой системы и пр.

15. Побочные эффекты и осложнения. Осложнения встречаются редко. Прием препарата обычно не вызывает серьезных побочных эффектов, но может сопровождаться диспептическими расстройствами, аллергическими реакциями, головными болями.

16. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Категорически запрещен прием лекарственных средств, содержащих алкоголь. Нежелательно комбинировать с изониазидом и метронидазолом, что может привести к нарушениям сознания и поведения. Дисульфурам может потенцировать седативный эффект бензодиазепинов путем потенцирования их окислительного метаболизма. В связи с этой особенностью дозировки бензодиазепинов должны быть скорректированы в соответствии с клиническим состоянием больных.

17. Применение лекарственного средства в составе сложных лекарственных средств: нет

18. Предостережения и информация для пациента. Больной предупреждается об опасности дисульфирам-алкогольной реакции и непереносимости спиртных напитков. Желательно, чтобы пациент имел при себе карточку назначений лидевина для информации медработников в случае оказания им неотложной помощи.

19. Дополнительные требования к информированному согласию пациента. Пациент должен быть предупрежден о действии лидевина в случае приема алкоголя.

20. Формы выпуска, дозировка: Таблетки в блистерах по 10 штук (каждая таблетка делима на четыре части), два блистера в коробке.

Библиография

Автор (ы)	Название публикации	Выходные данные
	1-ая Московская научно-практическая конференция по вопросам реабилитации и психотерапии в наркологии (29 ноября 2001).	М., 2002
	Наркомания в России. Правительство Москвы, Комитет по делам семьи и молодежи ИКАР.	М., 2001.
	Проблемы диагностики и лечения алкоголизма и наркомании (сборник трудов НИИ наркологии под общей редакцией члена-корр. РАМН, профессора Иванца Н.Н.)	М., 2001, с. 37-85
	Психические расстройства и расстройства поведения (F 00-F 99)	М., 1 998
	Руководство по наркологии. Под редакцией члена-корр. РАМН Н.Н.Иванца	М., 2002, том 1, 2
	Сборник трудов НИИ наркологии "Проблемы диагностики и лечения алкоголизма и наркомании" под общей редакцией члена-корреспондента РАМН, профессора Н.Н.Иванца	М., 2001
	Система стандартизации в здравоохранении Российской Федерации. Нормативные документы. Часть 1.	М., 2000

	Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств	1999
	Лекарственные средства в клинике алкоголизма и наркоманий (Руководство для врачей) под редакцией А.Ю.Магалифа	М., 1999, с. 16
	Лекции по наркологии под редакцией члена-корр. РАМН, профессора Н.Н.Иванца	М., 2000
	Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от наркотиков (Методическое руководство), Российско-голландский проект, 2002	Из-во "Добро", 2002
Авруцкий Г.Я., Недува А.А.	Лечение психически больных.	М., 1988, с.456-471
Альтшулер В.Б.	Руководство по наркологии (под ред. член.-корр. РАМН Н.Н.Иванца)	М., 2002, т. I, с 203-232.
Альтшулер В.Б.	Фармакотерапия и клиника алкоголизма. Руководство по наркологии (под ред. член.-корр. РАМН Н.Н.Иванца)	М., 2002, т. II, с. 25-38.
Альтшуллер В.Б.	Патологическое влечение к алкоголю	М, 1994
Анохина И.П., Иванец Н.Н. и др.	Проблемы диагностики и лечения алкоголизма и наркомании (сборник трудов НИИ наркологии под общей редакцией члена-корр. РАМН, профессора Иванца Н.Н.)	М, 2001.С.32-50.
Арзуманов Ю.Л., Судаков С.К.	Руководство по наркологии (под редакцией член.-корр РАМН Н.Н.Иванца).	М., 2002, т. I, с 124-139.
Архипов Б.А., Соловов А.В.		Вопросы наркологии, N 2, 1996 г., с. 43-48.
Божедомов А.С., Хомутников Е.А., Цетлин М.Г.	Лидевин помогает разорвать порочный круг.	Вопросы наркологии М., 2001
Валентик Ю.В.	Реабилитация в наркологии.	М., Прогрессивные биомедицинские технологии, 2001 с.36
Валентик Ю.В.	Реабилитационные центры "Саза Famiglia Rosetta" для больных наркоманиями (20-летний опыт работы)	М., 2001. -120 с.
Валентик Ю.В., Сирота Н.А.	Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ	М.: Литера - 2000, 2002 г. - 256 с.
Винникова М.А., Неборакова Т.П. и др.	Вопросы наркологии	М., 2000.
Воробьев П.А.	Протоколы ведения больных и государственные гарантии качественной медицинской	Проблемы стандартизации в здравоохранении. N 2,

	помощи	1999.
Воронин К.Э.	Лекции по наркологии под редакцией проф. Н.Н.Иванца	М., 2001.
Врублевский А.Г., Рохлина М.Л., Воронин К.Э.	Современные подходы к фармакотерапии наркоманий	Вопросы наркологии, 1995, N 2, с. 8-15.
Громова В.В.	Амитриптилин. Лекарственные препараты, применяемые в психиатрии	М. "Медицина", 1980, с. 164-180
Дубницкая Э.Б., Козырев В.Н. и др.	Ципрамил при лечении психогенных депрессий.	Социальная и клиническая психиатрия. М., 2001, N 2, с. 53-58
Дудко Т.Н.	Применение лидевина для лечения больных алкоголизмом. Пособие для врачей психиатров-наркологов	М., 2001, с.20
Дудко Т.Н., Валентин Ю.В., Вострокнутов Н.В., Гериш А.А., Котельникова Л.А.	Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами	М., 2001, с. 68.
Дудко Т.Н., Пузиенко В.А.		Русский медицинский журнал N 1, 1998, Январь, т. 6, с.115-117.
Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А.	Дифференциальная система реабилитации в наркологии. Методические рекомендации	М., 2000, с.38.
Дудко Т.Н., Ревенко В.И.	Сб. 1-ая Московская научно-практическая конференция по вопросам реабилитации и психотерапии в наркологии (29 ноября 2001).	М., 2002, с.133-135.
Иванец Н.Н.	Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам (под редакцией проф. Н.Н.Иванца)	М., 2000, с. 80.
Иванец Н.Н.	Лекции по наркологии. (Издание третье) Под редакцией члена-корреспондента РАМН, профессора Н.Н.Иванца.	М., "Медпрактика", 2001, с.117-126.
Иванец Н.Н., Агибалова Т.В.	Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам (под редакцией проф. Н.Н.Иванца)	М, 2002, с.18
Иванец Н.Н., Анохина И.П., Винникова М.А.	Опыт применения антаксона при лечении опийной наркомании	М., с.10
Иванец Н.Н., Винникова М.А.	Героиновая наркомания	М.: "Медпрактика", 2000, с. 122.
Ковалев Г.В.	Ноотропные средства	Волгоград, 1990
Кошкина Е.А.	Лекции по наркологии. (Издание третье) Под редакцией члена-корреспондента РАМН, профессора Н.Н.Иванца.	М., "Медпрактика", 2001.С.33-76.

Лопатин А.С.	Аминазин. Лекарственные препараты, применяемые в психиатрии. Под редакцией профессора Г.Я.Авруцкого	М., "Медицина". 1980. с. 18-26.
Магалиф А.Ф., Гофман А.Г., Музыченко А.П. и др.	Лекарственные средства в клинике алкоголизма и наркоманий (Под редакцией А.Ю.Магалифа)	М., 1999, с. 106.
Масолов С.Н.	Основы психофармакотерапии	М., 1996
Надеждин А.В., Тетенева Е.Ю.		Вопросы наркологии. М., 2000, N 2, с.33-37.
Найденова Н.Г., Радченко А.Ф., Власова И.Б.	Актуальные вопросы лечения и реабилитации в психиатрии и наркологии	Москва - Томск - Краснодар, 1992, 76-79.
Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н.	Аффективные психозы	Л., 1999. с.27-31
Пузиенко В.А., Пьяных С.Е., Курбатский И.М.	Сб. 1-ая Московская научно-практическая конференция по вопросам реабилитации и психотерапии в наркологии (29 ноября 2001).	М., 2002, с. 121-123.
Пятницкая И.Н.	Наркомании (руководство для врачей).	М., "Медицина", 1994
Рохлина М.Л.	Руководство по наркологии (под редакцией член.-корр. РАМН Н.Н. Иванца)	М., 2002, т. I. с. 269-366
Рохлина М.Л.	Фармакотерапия наркоманий. Руководство по наркологии (под редакцией член.-корр. РАМН Н.Н.Иванца)	М., 2002. т. II, с.39-56
Рохлина М.Л., Воронин К.Э.	Современные подходы к фармакотерапии наркоманий	Вопросы наркологии, N 2, 1995, с.31-36
Рохлина М.Л., Козлов А.А.	Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение	М., 2001, с.208.
Рохлина М.Л., Мохначев С.О., Козлов А.А.	Проблемы диагностики и лечения алкоголизма и наркомании (сборник трудов НИИ наркологии под общей редакцией члена-корр. РАМН, профессора Иванца Н.Н.)	М., 2001, с.70-85.
Софронов А.Г.	Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам (под редакцией проф. Н.Н.Иванца)	М., 2000, с.20-29.
Цуцувльковская М.Я., Пантелеева Г.П. и др.	Пирацетам, Пиридитол и пантогам в психиатрической практике. Новые лекарственные препараты	Экспресс-информация. ВНИИМИ, N 3, 1982
Чирко В.В.	Об основных закономерностях эволюции наркоманий в свете многолетнего катамнеза	Вопросы наркологии. 2001, с.17-20
Шабанов П.Д.	Руководство по наркологии	Санкт-Петербург. 1998. С.311-314.
Шабанов П.Д.,	Наркомании (патопсихология,	СПб.2000.

Штакельберг О.Ю.	клиника, реабилитация)	
De Leon G.	The therapeutic community: Study of effectiveness	Wash.: Government printing office, 1984, p. 36-71