

**Психические и поведенческие расстройства,**

**вызванные употреблением алкоголя**

**Алкогольное абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя)**

Кодирование по Международной статистической  
классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **F10.3**

Возрастная группа: **Взрослые**  
Год утверждения: **2021** (пересмотр каждые 3 года)

Разработчик клинических рекомендаций

**Ассоциация наркологов России** (Профессиональное сообщество врачей-наркологов)

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ID: **\_\_\_**

Клинические рекомендации

Оглавление

[Список сокращений 3](#_Toc65165084)

[Термины и определения 5](#_Toc65165085)

[Краткая информация по заболеванию или состоянию 7](#_Toc65165086)

[Диагностика заболевания или состояния, медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики 11](#_Toc65165087)

[Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения 17](#_Toc65165088)

[Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации 24](#_Toc65165089)

[Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики 24](#_Toc65165090)

[Организация медицинской помощи 25](#_Toc65165091)

[Дополнительная информация 26](#_Toc65165092)

[Критерии качества оценки медицинской помощи 26](#_Toc65165093)

[Список литературы 27](#_Toc65165094)

[Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций 31](#_Toc65165095)

[Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций 32](#_Toc65165096)

[Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата 35](#_Toc65165097)

[Приложение Б. Алгоритмы действия врача 37](#_Toc65165098)

[Приложение В. Информация для пациента 38](#_Toc65165099)

[Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях 40](#_Toc65165100)

# Список сокращений

АД – артериальное давление

ААС – алкогольное абстинентное состояние (алкогольный абстинентный синдром)

АлАТ – аланинаминотрансфераза (alanine aminotransferase)

АсАТ – аспартатаминотрансфераза (aspartate aminotransferase)

АТХ – анатомо-терапевтическая характеристика

ВНС – вегетативная нервная система

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

ГАМК – гамма-аминомасляная кислота

Гамма-ГТ – гамма-глютамилтрансфераза (gamma glutamiltransferase)

ГМ – головной мозг

ДА – дофамин

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ЖНВЛП – жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты

ИБС – ишемическая болезнь сердца

КА – катехоламины

КИ – клиническое исследование

ЛС – лекарственное средство

Минздрав России – Министерство здравоохранения Российской Федерации

МКБ-10 – международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятый пересмотр

НА – норадреналин

НПР – неблагоприятная побочная реакция

ПАВ – психоактивное вещество

ПВА – патологическое влечение к алкоголю

ПНС – периферическая нервная система

РКИ – рандомизированное клиническое исследование

СЗА – синдром зависимости от алкоголя

УДД – уровень достоверности доказательств

УЗИ – ультразвуковое исследование

УУР – уровень убедительности рекомендаций

ЦНС – центральная нервная система

ЧМТ – черепно-мозговая травма

ЧСС – частота сердечных сокращений

ЧДД – частота дыхательных движений

ЭКГ – электрокардиограмма

Эхо-ЭГ – эхо-энцефалогафия

ЭЭГ – электроэнцефалография

BE (base excess (deficit)) – избыток (дефицит) оснований

CDT (УДТ) – carbohydrate-deficient transferrin (углевод-дефицитный трансферрин)

CIWA-Ar – Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale, Revised (шкала оценки состояния отмены алкоголя Клинического института фонда исследования зависимостей, пересмотренная)

DALY – disability-adjusted life year (годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности – показатель, оценивающий суммарное «бремя болезни»)

GPP – good practice point (сложившаяся клиническая практика)

HCO3 – стандартный бикарбонат

MCV – mean corpuscular volume (средний объем одного эритроцита)

NMDA – N-метил-D-аспартатная система

рСО2 – парциальное давление углекислого газа (СО2), находящегося в равновесии с Н2СО3 цельной крови

рН (power hydrogen) – соотношение в жидкости кислых и щелочных элементов, отрицательный десятичный логарифм концентрации Н+ в жидкой среде

рО2 – парциальное давление кислорода (О2) в цельной крови

RASS – Richmond Agitation-Sedation Scale (Ричмондская шкала определения уровня возбуждения/седации)

Rg – рентгенография

# Термины и определения

**Алкоголь** (лат., англ. – alcohol) – этиловый спирт. В химии спиртами называют большую группу органических соединений, получаемых из углеводородов и содержащих одну или более гидроксильных групп (-ОН). Этанол (С2Н50Н, этиловый спирт) – один из этого класса соединений и главный психоактивный ингредиент алкогольных напитков. В широком смысле термин «алкоголь» часто применяется к любым алкогольным напиткам.

**Алкогольное абстинентное состояние** (алкогольный абстинентный синдром, синдром отмены алкоголя) (англ. – alcohol withdrawal) – это комплекс вегетативных, соматических, неврологических и психических нарушений, возникающих у больных с зависимостью от алкоголя вслед за прекращением или резким сокращением более или менее длительной и массивной алкогольной интоксикации.

**Атаксия** (греч. – аtaxia, «беспорядок») – расстройство координации движений.

**Мидриаз** (лат. – mydriasis) – расширение зрачка, диаметр более 3-3,5 мм.

**Миоз** (лат. – miosis) – сужение зрачка, диаметр менее 2,5 мм.

**Неблагоприятная побочная реакция** (англ. – adverse reaction) – любая непреднамеренная и вредная для организма человека реакция, которая возникает при использовании лекарственного препарата в рекомендуемых дозах с целью профилактики, лечения и диагностики или для изменения физиологической функции и при которой доказана причинно-следственная связь с лекарственным средством.

**Перекрестная толерантность** (англ. – cross-tolerance) – развитие толерантности к веществу, воздействию которого индивидуум ранее не подвергался, в результате приема другого вещества. Оба вещества, как правило, но не обязательно имеют схожее фармакологическое действие.

**Постинтоксикационный (похмельный) синдром** (англ. – hangover) – это состояние, развивающееся после завершения алкогольной интоксикации, вне зависимости от тяжести и продолжительности последней. Проявления синдрома возможно и у здоровых людей после употребления больших доз алкоголя.

**Синдром зависимости от алкоголя** (англ. – alcohol dependence syndrome) – сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление алкоголя занимает в системе ценностей больного ведущее место. Основной описательной характеристикой синдрома зависимости является желание (часто сильное, иногда непреодолимое) употреблять алкоголь. Имеются фактические данные о том, что возвращение к употреблению алкоголя после периода воздержания приводит к более быстрому появлению других признаков этого синдрома, чем у лиц, не имеющих синдрома зависимости (определение по МКБ-10). Является хроническим, прогредиентным заболеванием, обусловленным действием алкоголя как наркотического вещества. Имеет свои характерные симптомы, особенности развития и течения, определенные исходы, которые определяются стойкими соматоневрологическими нарушениями и психической деградацией.

**Синдром патологического влечения** (психическая зависимость) (англ. – alcohol craving) – это определенная (патологическая) психическая деятельность, имеющая следующие составляющие: идеаторную (мыслительную), поведенческую, аффективную (эмоциональную), вегетативную и сенсорную.

**Скрининг** (англ. – screening) – это массовое обследование лиц, не считающих себя больными, для выявления скрыто протекающих заболеваний или других состояний (факторов риска будущих заболеваний). Обычно проводится с использованием дешевых, простых, неинвазивных диагностических процедур, имеющих высокую чувствительность.

**Толерантность** (лат. – tolerantia, «выносливость, способность переносить») – прогрессирующее ослабление желаемого психотропного эффекта алкоголя (эйфория, успокоение, расслабление и др.), что заставляет больного повышать дозы и учащать прием алкоголя. В основе лежит физиологический механизм адаптации организма к токсическому действию алкоголя.

**Тремор** (лат. – tremor, «дрожание») – это ритмические, быстрые сокращения мышц туловища или конечностей непроизвольного характера.

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

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

Алкогольное абстинентное состояние (далее – ААС) – это группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, возникающих при полном прекращении приёма или снижении дозы алкоголя после неоднократного, обычно длительного и/или в высоких дозах его употребления. ААС является одним из индикаторов синдрома зависимости от алкоголя (далее – СЗА). ААС возникает через несколько часов после прекращения употребления алкоголя и, если не осложняется, проходит за 2-5 дней. ААС может осложняться большими судорожными припадками и/или психозом.

Синонимы: синдром отмены алкоголя, алкогольный абстинентный синдром, абстинентное состояние, вызванное употреблением алкоголя.

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

Однократное употребление алкоголя активирует систему вознаграждения мозга (система внутреннего подкрепления, система награды, reward system) и, таким образом, вызывает положительные эмоции. При частом употреблении алкогольных напитков эта система становится все менее чувствительной к воздействию алкоголя. Алкоголь, изначально потребляемый из-за его приятных эффектов, затем употребляется, по крайней мере, частично, чтобы избавиться от неприятных эффектов отмены (отрицательное подкрепление). При этом снижается мотивация к естественным вознаграждениям, в то время как мотивация к приему алкоголя значительно усиливается. Путь, ведущий от получения удовольствия от опьянения к зависимости, по-видимому, проходит через феномены, связанные с явлениями автоматизма. Поведение, изначально мотивированное целью (потребление алкоголя, чтобы стать более раскованным, социальным, эйфоричным), впоследствии становится привычкой. Система вознаграждения мозга является дофаминергической. Алкоголь увеличивает активность дофамина (далее – ДА) нейронов вентральной тегментальной области напрямую и косвенно – через повышение активности системы гамма-аминомасляной кислоты (далее – ГАМК) и высвобождение эндогенных опиоидов. При развитии СЗА изменяется активность нейронных сетей, играющих роль в настроении, включая стресс-реактивность (миндалина и гипоталамус) и интероцепцию (островок и область поясной коры). В эти процессы вовлечены несколько нейромедиаторных систем, включая глутаматную, ГАМК-ергическую, норадреналиновую, кортиколибериновую и опиоидную. В развитии ААС важную роль играет вызванное длительным приемом алкоголя нарушение долговременной синаптической пластичности, т.е. изменение (увеличение или уменьшение) эффективности передачи в определенных синапсах. В этих процессах задействованы в основном глутаматная и ГАМК-ергическая нейромедиаторные системы. ААС связан с повышением высвобождения кортиколиберина в центральном ядре миндалины, что также приводит к активации стресс-реактивных систем и изменению эмоционального фона. Кроме катехоламинов, ГАМК и глутамата в развитии ААС задействованы системы нейропептидов (динорфин, нейропептид Y, ноцицептин, вазопрессин), эндоканнабиноидов, и, возможно, другие [1; 2].

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

Представление о распространенности ААС можно составить, исходя из общей распространенности СЗА, так как ААС является его облигатной, неотъемлемой частью. Считается, что ААС самая частая причина обращения за специализированной медицинской помощью, однако следует отметить, что точные эпидемиологические данные отсутствуют. В 2019 г. специализированными учреждениями Минздрава России было зарегистрировано 1086397 больных СЗА, или 740,3 на 100 тыс. населения, что составило чуть более 66,8% от общего числа диспансерного контингента и 0,7% от общей численности населения. По сравнению с 2018 г. данный диспансерный контингент сократился на 6,8 процентных пункта [3].

Алкоголь – наиболее употребляемое психоактивное вещество (далее – ПАВ) в мире, его использование занимает особое место в перечне ведущих факторов риска популяционного здоровья человечества. Так, потребление алкоголя является причиной 10,1% всех смертей и 10,8% всех утраченных лет здоровой жизни (disability-adjusted life year (далее – индекс DALY)) в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ). Из всех случаев смерти от умышленных травм – убийства или самоубийства – 38,8% были обусловлены употреблением алкоголя; 29,6% случаев смерти от неумышленных травм, полученных в результате дорожно-транспортных происшествий или падений, также были вызваны употреблением алкоголя. Потребление алкоголя обусловливает почти треть случаев смерти в результате болезней органов пищеварения, а также каждую 10-ую смерть от сердечно-сосудистых заболеваний и каждую 16-ую смерть от онкологических заболеваний в Европейском регионе ВОЗ [4].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем[[1]](#footnote-2)

**F10.3хх – Алкогольное абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя)**

ААС является частью СЗА и кодируется *самостоятельно* в том случае, когда синдром отмены является непосредственной причиной обращения к врачу-специалисту в случае выраженной тяжести расстройств. ААС является одним из проявлений СЗА, и этот последний диагноз также надо устанавливать.

Диагноз ААС уточняется пятым знаком, указывающим на наличие или отсутствие осложнений:

**F10.30** …неосложненное

**F10.31**…с судорожными припадками

**F10.39**…БДУ (без дополнительных уточнений)

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

В отечественной клинической практике выделяют несколько клинических вариантов ААС в соответствии с преобладанием тех или иных нарушений.

Базовый вариант (имеет место при любом случае ААС) – нейровегетативный – представлен нарушениями сна, астенией, вялостью, повышенной потливостью, отечностью лица, плохим аппетитом, жаждой, сухостью во рту, повышенным или пониженным артериальным давлением (далее – АД), тахикардией, тремором пальцев рук.

Церебральный вариант ААС характеризуется присоединением к нейровегетативным нарушениям сильной головной боли с тошнотой, головокружений, гиперакузий, обмороков, эпилептиформных припадков.

Преобладание болей в животе, тошноты, рвоты, метеоризма, жидкого стула, субиктеричности склер, сердечной аритмии, одышки характерно для висцерального (или соматического) варианта ААС.

Наличие значительно выраженных психических расстройств, таких как суицидальные мысли и поведение, тревога, страх, подавленность, дисфория, идеи отношения и виновности, тотальная бессонница, гипнагогические галлюцинации, слуховые и зрительные иллюзорные обманы, яркие приключенческие сновидения, просоночные состояния с временной дезориентировкой в окружающем, определяет психопатологический вариант ААС [5].

В зависимости от степени выраженности клинических проявлений ААС выделяют три варианта тяжести его протекания – легкий, средний и тяжелый. Степень тяжести ААС объективизируется при помощи шкалы оценки состояния отмены алкоголя – Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale, Revised (далее – CIWA-Ar – Шкала оценки состояния отмены алкоголя Клинического института фонда исследования зависимостей, пересмотренная) [5].

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

ААС – тяжелое психофизическое состояние, возникающее только у больных СЗА.ААС включает многочисленные расстройства соматовегетативного, неврологического и психопатологического спектров. Расстройства соматовегетативного и неврологического спектра: головная боль, головокружение, астения, чувство разбитости, жажда, обложенность языка, тошнота, вздутие живота, жидкий стул, повышение артериального давления (далее – АД), тахикардия, неприятные ощущения или боли в области сердца, повышенная потливость – являются неспецифичными, то есть могут наблюдаться и при других состояниях, например, постинтоксикационном состоянии [5; 6].

Основное отличие ААС и постинтоксикационного (похмельного) состояния – это наличие признаков вторичного патологического влечения к алкоголю (далее – ПВА), которое бывает только у больных со сформированным СЗА, обостряясь под влиянием алкогольной интоксикации. К этим признакам относятся: сильное желание употребить алкоголь (опохмелиться), сопровождающееся психопатологическими расстройствами в виде внутренней напряжённости, раздражительности, дисфории, подавленности и др. Данные проявления нозологически специфичны [5].

Промежуточное положение между нозологически специфичными и неспецифичными расстройствами занимают те нарушения, которые связаны преимущественно с хронической алкогольной интоксикацией (далее – ХАИ) центральной нервной системы (далее – ЦНС) и потому лишь относительно специфичны для больных с СЗА. Среди них – прерывистый, поверхностный, тревожный сон; яркие, беспокойные, пугающие сновидения; идеи отношения и виновности; гиперакузия; отдельные слуховые и зрительные обманы; гипнагогические галлюцинации; крупный тремор всего тела или рук, век, языка; нистагм, потливость, тахикардия, эпилептические припадки и др.

ААС всегда сопровождается появлением или усилением имевшихся когнитивных нарушений, страдают внимание, память, мышление, темп интеллектуальных процессов [6].

Таким образом, ААС состоит, в основном, из двух частей – признаков ПВА, которые несут в себе нозологическую специфичность, и разнообразных неспецифичных или малоспецифичных расстройств, возникающих в результате токсического действия алкоголя, сочетание которых определяет индивидуальные особенности ААС у конкретного больного [5].

Течение и тяжесть клинических проявлений ААС зависят от следующих факторов: длительности и стадии СЗА; толерантности к алкоголю; длительности предшествующего употребления алкоголя; преморбидных личностных черт; актуального соматического и неврологического статуса больного [5].

ААС по мере развития СЗА возникает через уменьшающиеся отрезки времени: вначале через 8-24 часа, минимально – через 2 часа после употребления алкоголя. Чем короче этот латентный промежуток, тем тяжелее состояние. Длительность существования ААС составляет вначале 1-2 суток, в дальнейшем увеличивается до 3-4 дней (средняя длительность) и достигает иногда максимума – 6-10 дней [5; 6].

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

*Основное значение при постановке диагноза ААС имеет клиническая диагностика, состоящая из сбора жалоб, анамнеза и анализа полученных данных. Остальные виды диагностики играют второстепенную роль [5-10].*

**2.1 Жалобы и анамнез**

* Рекомендуется у всех пациентов с подозрением на ААС для верификации диагноза при выяснении жалоб и сборе анамнеза обращать внимание на ниже перечисленные диагностические критерии ААС [8]:

1. Прекращение длительного умеренного или сильного употребления алкоголя или снижение потребляемого количества, вслед за которым наблюдается не менее трех из следующих признаков:

* страстное желание принять алкоголь;
* чувство недомогания или слабости;
* гиперактивность вегетативной нервной системы (далее – ВНС): потливость, тахикардия >100 ударов в минуту, повышенное АД, отсутствие аппетита, головная боль, др.
* тревога;
* тошнота или рвота;
* тремор пальцев вытянутых рук/языка/век;
* расстройства сна (бессонница), беспокойные и устрашающие сновидения;
* психомоторное возбуждение;
* генерализованные тонико-клонические судороги;
* транзиторные зрительные, тактильные или слуховые галлюцинации, или иллюзии.

2. Отсутствие связи с каким-либо соматическим или другим психическим расстройством.

3. Облегчение симптоматики после приема алкоголя или другого вещества, имеющего с ним перекрестную толерантность[[2]](#footnote-3).

**Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).**

**Комментарии:** *Для верификации диагноза ААС при сборе анамнеза необходимо обращать особое внимание на соблюдение следующих условий: явно установленное недавнее прекращение или уменьшение употребления алкоголя после многократного и/или длительного употребления его в высоких дозах и отсутствие связи между имеющимися симптомами и каким-либо другим заболеванием или психическим и поведенческим расстройством. Диагноз ААС предполагает помимо наличия данных о частом и/или интенсивном употреблении алкоголя временную зависимость между прекращением (или сокращением) употребления алкоголя и появлением симптомов. Когда симптомы, которые могут напоминать состояние отмены, появляются, например, через 2 недели после полного прекращения употребления алкоголя, диагноз ААС становится несостоятельным [7].*

* Рекомендуется у всех пациентов с диагнозом ААС с целью оценки тяжести ААС, динамики состояния пациента и безопасности проводимой терапии использовать шкалу CIWA-Ar [11; 12; 13].

**Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).**

**Комментарии:** *Шкала включает 10 частых симптомов ААС (Приложение Г). Проведение оценки по шкале занимает около 5 минут. Баллы от 0 до 8 свидетельствуют об отсутствии или низкой тяжести ААС, которая, как правило, не требует активного медикаментозного вмешательства. 9-15 баллов свидетельствуют о средней тяжести (выраженная активность ВНС). 16 и более баллов говорят о тяжёлом ААС и угрожающем делирии [13].*

*Шкала является инструментом объективизации тяжести ААС в динамике, поэтому может эффективно использоваться для коррекции терапии. Сохранение высоких баллов по шкале CIWA-Ar при применении адекватных доз бензодиазепинов свидетельствует о наличии у пациента сопутствующей органической патологии [14].*

2.2. Физикальное обследование

*Несмотря на то, что данные физикального обследования не являются специфическими при ААС, тем не менее, тщательное медицинское обследование является подтверждающим дополнением к клинической диагностике, а также позволяет создать ориентиры в определении тяжести состояния.*

* Рекомендуется у всех пациентов с диагнозом ААС с целью оценки его тяжести ААС, динамики состояния пациента и безопасности проводимой терапии обследовать соматическое состояние: кожные покровы и видимые слизистые, склеры, мышечный тонус, провести пальпацию и перкуссию печени, почек, аускультацию сердца, измерить АД, ЧСС, частоту дыхательных движений (далее – ЧДД), температуру тела [9].

**Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5**).

**Комментарии:** *Физикальное обследование проводится до начала терапии, а также в процессе лечения. Необходимо контролировать состояние пациента в динамике для того, чтобы вовремя диагностировать соматическую патологию, которая может возникнуть впоследствии.*

* Рекомендуется у всех пациентов с диагнозом ААС с целью оценки тяжести ААС, динамики состояния пациента и безопасности проводимой терапии обследовать неврологическое состояние: реакцию зрачков, наличие или отсутствие нистагма, тремора, состояние периферической нервной системы (далее – ПНС) (тактильную и болевую чувствительность), статическую и динамическую координацию [9].

**Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).**

**Комментарии:** *Неврологическое обследование проводится до начала терапии, а также в процессе проводимого лечения. Необходимо контролировать состояние пациента в динамике для того, чтобы вовремя диагностировать неврологическую патологию, которая может возникнуть впоследствии.*

2.3. Лабораторные диагностические исследования

*Данные лабораторных исследований позволяют объективно оценить состояние пациента в дополнение к классической клинической диагностике. Проведение лабораторной диагностики также необходимо для подтверждения состояния ХАИ.*

* Рекомендуется всем пациентам с ААС до начала лечения проведение лабораторных методов исследования для исключения острой сопутствующей патологии, оценки возможных осложнений терапии и косвенного подтверждения ХАИ [9; 15-29]:

1. анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, гамма-глютамилтрансфераза (далее – гамма-ГТ), аланинаминотрансфераза (далее – АлАТ), аспартатаминотрансфераза (далее – АсАТ), общий билирубин, прямой билирубин, альбумин, глюкоза, общий холестерин, мочевина, креатинин);

2. общий (клинический) анализ крови (общий анализ, лейкоцитарная формула, СОЭ);

3. анализ мочи общий (цвет, прозрачность, плотность, белок, глюкоза, билирубин, уробилиноген, кетоновые тела, соли, клеточные элементы, цилиндры).

**Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).**

**Комментарии:** *Выполнение данных анализов важно для определения статуса общего соматического здоровья и исключения как острых состояний, требующих оказания специализированной медицинской помощи, так и скрытой органной патологии, которая может усугубить течение ААС [9]. Как правило, выполнение рутинных лабораторных анализов проводится до начала назначения терапии.*

*Состояние ХАИ при проведении рутинных лабораторных методов исследования в большинстве случаев помогают идентифицировать непрямые биомаркеры: АсАТ, АлАТ, гамма-ГТ, углевод-дефицитный трансферрин (далее – CDT) и средний объем одного эритроцита (далее – MCV), содержание которых повышается в ответ на рост частоты и дозы употребления алкоголя. Однако все непрямые биомаркеры имеют широкий разброс показателей чувствительности/специфичности. Так, АсАт имеет чувствительность/ специфичность 20-80%/50-95%; АлАт – 18-58%/50-57%; гаммаГТ – 40-60%/80-90%; CDT – 60-70%/80-95%; MCV – 30-75%/60-90% [16; 20]. Поэтому в качестве скрининга на ХАИ чаще используют комбинацию гамма-ГТ и CDT, на алкогольное поражение печени – комбинацию АсАт и АлАт (коэффициент де Ритиса) [30] или показатели гамма-ГТ [31]. Большее значение определение состояния ХАИ имеет для диагностики не острой интоксикации и ААС, а непосредственно синдрома зависимости.*

* Рекомендуется пациентам с диагнозом ААС тяжелой степени по шкале CIWA-Ar с целью своевременной диагностики возможных осложнений и предотвращения декомпенсации состояния выполнить анализ крови биохимический на содержание калия и натрия [32].

**Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).**

* Рекомендуется пациентам с диагнозом ААС тяжелой степени по шкале CIWA-Ar с целью своевременной диагностики возможных осложнений и предотвращения декомпенсации состояния выполнить исследование кислотно-щелочного состояния крови (далее – КЩС): рН, рСО2, рО2, HCO3, BE [32].

**Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).**

**Комментарии*:*** *Длительный прием алкоголя приводит к развитию нарушений КЩС и водно-электролитным нарушениям, что, в свою очередь, может привести к развитию аритмии, тканевой гипоксии и другим угрожающим жизни состояниям. Для диагностики данных нарушений необходимо провести лабораторное исследование КЩС крови. Минимальный анализ включает определение уровня калия, натрия, газового состава крови, pH, BE* *[9].*

2.4. Инструментальные диагностические исследования

*Возможности использования инструментальной диагностики при ААС ограничены, так как отсутствуют специфические физикальные и лабораторные признаки, характерные для ААС. Инструментальные методы проводятся по клиническим показаниям [9].*

*ХАИ пагубно влияет на ЦНС, сопряжена с развитием множества сопутствующих заболеваний соматической сферы, поэтому может быть полезным проведение следующих исследований: ультразвуковое исследование внутренних органов (далее – УЗИ), электроэнцефалография (далее – ЭЭГ), эхоэнцефалография (далее – Эхо-ЭГ), рентгенография (далее – Rg) черепа, легких и др. [9].*

* Рекомендуется всем пациентам с диагнозом ААС до начала лечения для исключения острой сопутствующей патологии и оценки безопасности терапии выполнить исследование ЭКГ с расшифровкой, описанием, интерпретацией данных [9].

**Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).**

**Комментарии:** *Для пациентов с ААС характерны нарушения сердечной проводимости и аритмии, что обусловливает необходимость тщательного контроля за сердечной деятельностью [9].*

2.5. Иные диагностические исследования

* Рекомендуется у всех пациентов с диагнозом ААС до начала лечения с целью определения дальнейшей терапевтической тактики установить степень тяжести ААС с учетом физикального, инструментального и клинического обследования [9; 13; 29; 33-40].

**Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).**

**Комментарии:** *Оценка тяжести состояния больного дает возможность принять взвешенные и рациональные решения в отношении не только условий оказания медицинской помощи, но и терапевтических мероприятий [5; 9].*

*Для решения вопросов диагностики и лечения сопутствующей ХАИ соматоневрологической патологии бывает необходимо привлечение других специалистов (врач терапевт, врач невролог*, *др*.)*. Специалистами могут назначаться дополнительные методы диагностики, исходя из конкретной клинической ситуации и в соответствии с показаниями [5; 9].*

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

*Терапия ААС направлена на устранение тех нарушений, которые вызваны, с одной стороны, ХАИ, с другой – резким прекращением употребления алкоголя или снижением его дозы [9; 29; 33; 41].*

**3.1. Лекарственная терапия**

* Рекомендуется всем пациентам с ААС средней и тяжелой степени по шкале CIWA-Ar назначение инфузионной терапии препаратами группы «растворы, влияющие на водно-электролитный баланс» при наличии показаний, отсутствии противопоказаний к конкретным препаратам в соответствии с инструкцией [32; 41; 42].

**Уровень убедительности рекомендаций B (Уровень достоверности доказательств 3).**

**Комментарии:** *ААС* *всегда сопровождается**нарушениями водно-электролитного баланса и КЩС. При ААС легкой степени тяжести коррекция, как правило, проводится назначением жидкости и регидрататирующих солевых препаратов для перорального приема. При ААС средней и тяжелой степени тяжести, как правило, требуется инфузионная терапия. Ее объем зависит от многих факторов, например,* *при рвоте, гипертермии, двигательном возбуждении, водно-электролитные расстройства могут нарастать, поэтому объем инфузии должен быть увеличен в соответствии с объемом потерь. С другой стороны, при наличии патологических изменений со стороны сердца, легких, печени и почек может потребоваться ограничение объема инфузии. Инфузионная терапия должна проводиться до полной коррекции водно-электролитных нарушений и расстройств КЩС [9].*

*Поскольку инфузионная терапия сама по себе может существенно повлиять на электролитный баланс и КЩС крови необходимо применять сбалансированные по составу полиионные буферизированные растворы. Современные сбалансированные инфузионные растворы, содержащие метаболизируемые анионы органических кислот (ацетата, цитрата, малата), такие как: калия хлорид+кальция хлорид+магния хлорид+натрия ацетат+натрия хлорид+яблочная кислота\*\*[[3]](#footnote-4); декстроза+калия хлорид+магния хлорид+натрия ацетат+натрия глюконат+натрия хлорид\*\*; калия хлорид+натрия ацетат+натрия хлорид\*\*; меглюмина натрия сукцинат\*\* могут назначаться в/в при различных нарушениях водно-электролитного и КЩС в объеме 400–3000 мл/сутки со скоростью не более 500 мл/час под контролем диуреза, уровня электролитов и значения КЩС крови [9].*

*Для улучшения реологических свойств крови, уменьшения агрегации форменных элементов, увеличения осмолярности жидкости в сосудистом русле, т.е. для восстановления транспортных свойств крови вводят коллоидные растворы, такие как Декстран\*\* [ср.мол.масса 35000–45000] или растворы гидроксиэтилкрахмала\*\*. Эти растворы также обладают дезинтоксикационными свойствами. Коллоидные растворы вводятся в/в капельно в разовой дозе от 500 до 1250 мл в течение 60-90 минут.*

*Для всех пациентов с ААС не рекомендуется применение инфузионной терапии при заболеваниях почек с анурией (диурез менее 60 мл/ч); декомпенсированной сердечной недостаточности, отеке легких и других заболеваниях, при которых противопоказано быстрое увеличение объема циркулирующей крови; а также при повышенной чувствительности к компонентам препаратов. Коллоидные растворы противопоказаны при тромбоцитопении. [9].*

* Рекомендуется всем пациентам с ААС назначение препаратов группы «производные бензодиазепина» при наличии показаний, отсутствии противопоказаний к конкретным препаратам и в соответствии с инструкцией [41; 43-45].

**Уровень убедительности рекомендаций A (Уровень достоверности доказательств 1).**

**Комментарии:** *Производные бензодиазепина в настоящее время являются «золотым стандартом» лечения ААС, они являются единственным классом лекарственных средств (далее – ЛС), эффективность которых доказана как при лечении ААС, так и при предотвращении развития его тяжелых форм и осложнений – судорожных припадков и/или делириев [12]. Терапевтический эффект опосредуется через ГАМК-ергический механизм: производные бензодиазепина оказывают стимулирующее действие на «бензодиазепиновую» часть ГАМК-рецепторов, регулирующих активность прохождения Cl по его каналу внутрь клеток и восстанавливают гиперполяризацию мембран ГАМК-ергических нейронов, в результате исчезают тремор, тахикардия, гипергидроз, тревога, судороги и пр. [46].*

*Предпочтительны бензодиазепины длительного действия с активными метаболитами, поскольку они способствуют более плавному развитию клинического эффекта. Наиболее используемыми препаратами этой группы являются диазепам\*\* и бромдигидрохлорфенилбензодиазепин. Более безопасным является назначение бензодиазепинов по показаниям (symptom-triggered) – предоставления пациенту необходимой терапии только тогда, когда они в ней нуждаются. Данный режим дозирования предпочтителен для больных с низким риском развития осложнений ААС: у них достигается уменьшение срока детоксикации и снижается риск развития нежелательных побочных реакций. Применение бензодиазепинов рекомендуется, когда баллы по шкале CIWA-Ar превышают 8 [47]. Применяя этот подход, следует регулярно проводить оценку состояния пациента с использованием шкалы CIWA-Ar: если показатель CIWA-Ar > 8-10 баллов пациенту вводят диазепам\*\* 5-10 мг. Для пациентов с 16 и более баллов по шкале CIWA-Ar интервал оценки должен составлять 10–15 минут, а бензодиазепины назначаться внутривенно. При 10-15 баллах по шкале CIWA-Ar осмотр пациентов проводят раз в час. При стабилизации состояния пациента интервал оценки увеличивается до 4-6 часов [13]. Недостатком symptom-triggered терапии является невозможность эффективного использования оценочной шкалы CIWA-Ar у некоторых пациентов с тяжелым ААС, включая тех, кому требуется интубация трахеи и искусственная вентиляция легких. Для этих пациентов используют клиническую шкалу определения уровня возбуждения/седации Ричмонда (Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)), подходящую для условий интенсивной терапии [5].*

*Другой подход – применение фиксированных доз бензодиазепинов, достаточных для облегчения симптомов ААС, с постепенным их снижением в течение нескольких дней.* *Такой подход* *применим для амбулаторного лечения ААС, когда нельзя постоянно осуществлять медицинское наблюдение и оценивать состояние пациента по шкале CIWA-Ar. Применяют фиксированные дозы и в стационаре в случаях высокого риска развития у пациента тяжелых осложнений – делирия, судорожных припадков. В стационарных условиях рекомендуется 24-часовой мониторинг клинического состояния, чтобы избежать чрезмерного седативного эффекта или угнетения дыхания. Разовая доза диазепама\*\* составляет 5-10 мг внутривенно или внутримышечно. Препарат вводится в 4 приема в течение 2-3-х дней, с последующим снижением дозы на 25% с четвертого по седьмой дни. Дополнительное введение диазепама\*\* рекомендуется при тяжелом ААС в случае недостаточности эффекта препарата. Максимальная суточная доза диазепама\*\* – 60 мг [12; 48; 49].*

*Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин при развитии ААС может назначаться внутрь, внутривенно или внутримышечно. Разовая доза обычно составляет 0,5-1 мг; средняя суточная доза – 1,5-5 мг, ее разделяют на 2-3 приема, обычно по 0,5-1 мг утром и днем и до 2,5 мг на ночь. Максимальная суточная доза бромдигидрохлорфенилбензодиазепина – 10 мг [5; 29].*

*У пожилых пациентов, либо у пациентов с выраженными нарушениями печеночных функций предпочтительнее использование производных бензодиазепина короткого действия: лоразепам\*\*, оксазепам\*\*, для предотвращения угнетения дыхания [5].*

*Для всех пациентов с ААС не рекомендуется применение производных бензодиазепина* *при тяжелой миастении; закрытоугольной глаукоме; тяжелой хронической обструктивной болезни легких (далее – ХОБЛ); острой дыхательной недостаточности; I триместре беременности; повышенной чувствительности к бензодиазепинам; а также в период лактации; детском и подростковом возрасте до 18 лет; коме, шоке.*

* Рекомендуется пациентам с диагнозом ААС назначение препаратов группы «барбитураты» при недостаточности терапевтического эффекта производных бензодиазепина, для профилактики развития судорог при отсутствии противопоказаний к конкретным препаратам в соответствии с инструкцией [50; 51].

**Уровень убедительности рекомендаций A (Уровень достоверности доказательств 2).**

**Комментарии:** *Препараты группы* «*барбитураты» назначаются в случаях, когда производные бензодиазепина неэффективны или недостаточны для коррекции расстройств сна, предупреждения и лечения судорожных расстройств, что, как правило, наблюдается при тяжелом течении ААС. Препараты этой группы обладают меньшей терапевтической широтой. Поскольку они в большей степени способны угнетать ЦНС, применять их следует с большой осторожностью [52].*

*Несмотря на то, что барбитураты имеют более узкое «терапевтическое окно» по сравнению с производными бензодиазепина, тем не менее, в терапии тяжелого ААС, при развитии осложнений ААС, барбитураты используются широко. Включение барбитуратов в терапевтические схемы позволяет повысить эффективность действия производных бензодиазепина [51; 53]. Для лечения ААС в составе комплексных препаратов чаще всего применяется фенобарбитал\*\*[5].*

*Режим дозирования подбирается индивидуально для каждого пациента, как правило, плазменная концентрация фенобарбитала\*\* должна составлять 15-40 мкг/кг (65-170 мкм/л); максимальная суточная доза – 200 мг*

*Для всех пациентов с ААС не рекомендуется применение препаратов группы* «*барбитураты» при выраженной печеночной и/или почечной недостаточности; гиперкинезах; миастении; выраженной анемии; порфирии; сахарном диабете; гипофункции надпочечников; гипертиреозе; депрессии; бронхообструктивных заболеваниях; повышенной чувствительности к барбитуратам; а также в период беременности и лактации; у детей.*

* Рекомендуется пациентам с диагнозом ААС назначение противоэпилептических препаратов при наличии соответствующих показаний (эпиприступы в анамнезе или установленный диагноз эпилепсии; индивидуальной непереносимости или развитии парадоксальных (атипичных) реакций на производные бензодиазепина), отсутствии противопоказаний к конкретным препаратам в соответствии с инструкцией [54].

**Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2).**

**Комментарии:** *Противоэпилептические препараты (антиконвульсанты) в определённых клинических ситуациях (индивидуальная неперносимость или развитие парадоксальных (атипичных) реакций на введение производных бензодиазепина, наличие сформированной эпилепсии, либо указание на развитие эпиприпадков в анамнезе) могут быть альтернативой производным бензодиазепина. Применение противоэпилептических препаратов снижает вероятность развития судорожного синдрома, патологического влечения к алкоголю при ААС, при этом они обладают низким аддиктивным потенциалом. Также, препараты этой группы эффективно используются для коррекции аффективной симптоматики при ААС, включая снижение настроения, раздражительность и тревогу. Как правило, противоэпилептические препараты реже вызывают явления медикаментозной седации в сравнении с производными бензодиазепина. В клинических исследованиях показано, что применение этих средств достаточно эффективно в отношении AAC. Наиболее часто используемыми препаратами этой группы являются карбамазепин\*\* и #[[4]](#footnote-5)вальпроевая кислота\*\*. Рекомендуемая доза карбамазепина\*\* составляет 600-1200 мг в первый день и постепенно снижается до 200 мг к 5-9 дню ААС. #Вальпроевая кислота\*\* назначается в дозе 500 мг перорально 3 раза в день на весь период ААС [5; 12; 49; 54].*

*В ряде исследований была показана эффективность #габапентина при ААС легкой и средней степени тяжести. Препарат назначается в дозе 300-400 мг перорально 4 раза в день на весь период ААС [54].*

*Противоэпилептические препараты, как правило, используются в качестве дополнительной терапии ААС, когда проведение базового лечения (инфузионная терапия, бензодиазепины, витамины и антиоксиданты) является недостаточным [5; 9; 54].*

*Для всех пациентов с ААС не рекомендуется применение антиконвульсантов при нарушении сердечной проводимости; поражении почек, печени; заболеваниях крови и костного мозга; водно-электролитных нарушениях; глаукоме; в сочетании с приемом ингибиторов МАО и в течение 2-х недель после их отмены; в I триместре беременности и в период лактации. С осторожностью следует назначать в пожилом возрасте, гипотиреозе, при простатите, больным, склонным к аллергическим реакциям.*

* Рекомендуется всем пациентам с диагнозом ААС назначение *#*тиамина\*\* с целью профилактики развития энцефалопатии Гайе-Вернике при отсутствии противопоказаний и в соответствии с инструкцией [12].

**Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).**

**Комментарии:** *При лечении ААС традиционно используются витамины, особенно групп В и С (B1 + B2 + B6 + nicotinamide + vitamin C), участвующие в образовании ферментов и коферментов, которые способствуют окислительно-восстановительным процессам в организме, влияют на тканевое дыхание, углеводный обмен, деятельность ЦНС и ПНС. Парентерально витамины назначаются в течение первых нескольких суток течения ААС, обычно в составе инфузионной терапии[[5]](#footnote-6), затем продолжается пероральный прием поливитаминных препаратов [7].*

*Хроническое употребление алкоголя вызывает недостаток витаминов. Гиповитаминоз B1 (#тиамина\*\*) приводит к нарушению нервной проводимости в ЦНС и ПНС с последующим развитием энцефалопатии и полинейропатии. Необходимо вводить этот витамин в дозе от 100 до 500 мг/сутки в течение 3-4 дней, чтобы избежать неврологических осложнений, особенно энцефалопатии. Следует подчеркнуть, что глюкоза вызывает истощение #тиамина\*\*, повышая риск развития энцефалопатии [8; 12]. Для всех пациентов с ААС не рекомендуется применение #тиамина\*\* при наличии к нему повышенной чувствительности.*

* Рекомендуется пациентам с диагнозом ААС назначение препаратов с антиоксидантной активностью входящих в группы «Препараты, применяемые при алкогольной зависимости», «Прочие препараты для лечения заболеваний нервной системы», «Препараты для лечения заболеваний печени» в комплексной терапии ААС при отсутствии противопоказаний к конкретным препаратам в соответствии с инструкцией [5; 9; 29; 33; 34; 55-57].

**Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2).**

**Комментарии:** *Препараты с антиоксидантной активностью широко используются при лечении ААС для купирования последствий ХАИ, несмотря на то, что относятся к различным группам по анатомо-терапевтической характеристике (далее – АТХ). Эти ЛС используются для нормализации КЩС и газового состава крови, устранения тканевой гипоксии, повышения устойчивости тканей и органов к токсическому действию метаболитов этанола. Средства с антиоксидантной активностью оказывают положительное влияние на вегетативные, гемодинамические нарушения в ААС и ускоряют детоксикацию. Наиболее часто используемыми препаратами являются: этилметилгидроксипиридина сукцинат\*\* (АТХ группа «Прочие препараты для лечения заболеваний нервной системы») назначается парентерально или перорально от 250 до 800 мг/сутки; Инозин+Никотинамид+Рибофлавин+Янтарная кислота\*\* (АТХ группа «Прочие препараты для лечения заболеваний нервной системы») назначается парентерально в дозах 10-40 мл в разведении на 100-200 ml 0,9% NaCl или 5-10% декстрозы/сутки, после 3-10 дневного курса возможен переход на пероральную форму по 2 таблетки 2 раза в сутки; метадоксин (АТХ группа «Препараты, применяемые при алкогольной зависимости») назначается парентерально или перорально от 300 до 900 мг/сутки;* *Инозин+Меглюмин+Метионин+Никотинамид+Янтарная кислота\*\** *(АТХ группа «Препараты для лечения заболеваний печени») назначается парентерально от 400 до 800 мл/сутки [9; 12; 29; 33; 34; 55-57].*

*У каждого из перечисленных препаратов есть свои противопоказания, которые необходимо учитывать при назначении. Не рекомендуется применение антиоксидантов при наличии повышенной чувствительности к компонентам препаратов.*

3.2. Психотерапия

*В острых состояниях, каковым является ААС, проведение психотерапевтического лечения резко ограничено, так как пациенты не могут в полной мере использовать предлагаемые психотерапевтические интервенции. Основная задача психотерапевтического воздействия в этот период: вовлечение пациента и его удержание в лечебной программе, которая не ограничивается рамками купирования ААС. Необходимо информировать пациента о дальнейшей терапии СЗА.*

*В этот период актуально провести семейное консультирование* /*психотерапию для членов семьи пациента с целью информирования их о хроническом характере СЗА, возможных стратегиях и тактике лечения пациента, а также обучения навыкам семейной мотивации пациентов на продолжение лечения и реабилитацию после купирования ААС [58; 59].*

# Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

*Реабилитационные мероприятия начинаются после купирования симптомов ААС, и проводятся в соответствии с Клиническими рекомендациями по лечению СЗА.*

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

*Диспансерное наблюдение осуществляется в соответствии с Порядком диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и/или расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ[[6]](#footnote-7)*

*При сформированном ААС наиболее важное значение приобретает третичная (модификационная) профилактика. Она является преимущественно медицинской, индивидуальной, ориентирована на лиц со сформированным СЗА, направлена на предупреждение дальнейшего развития заболевания, уменьшение вредных последствий и на предупреждение рецидива.*

# Организация медицинской помощи

*Терапия ААС может осуществляться в стационарных (в т.ч. в условиях дневного стационара) и амбулаторных условиях. Курс лечения составляет, в среднем, до 10 суток [9; 29; 34; 36; 37; 41]*.

**6.1. Показания для госпитализации:**

* ААС тяжелой степени;
* ААС средней степени тяжести с сопутствующей соматоневрологической патологией в субкомпенсированной стадии;
* ААС, осложненный судорожным припадком (припадками), развившимся (развившимися) в течение 24-48 часов;
* ААС, осложненный делирием или иным психотическим расстройством.

**6.2. Показания для амбулаторного лечения:**

* ААС легкой степени;
* ААС средней степени без сопутствующей соматоневрологической патологии.

**6.3. Показания для выписки:**

* Выписка пациента с диагнозом ААС проводится после восстановления его психофизического состояния. Восстановление психофизического состояния пациента предполагает:
* наличие ясного сознания (ориентировка в месте, времени и собственной личности полная, правильная);
* отсутствие слуховых, визуальных и тактильных расстройств;
* отсутствие двигательного возбуждения;
* положительную динамику неврологических расстройств: тремора, головной боли, тяжести в голове (если таковые имелись);
* положительную динамику соматических расстройств: тошноты, рвоты, пароксизмальной потливости, АД (если таковые имелись).

В качестве объективизации клинических данных используется шкала CIWA-Ar: общая сумма баллов по шкале составляет от 0 до 8.

# Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

# Критерии качества оценки медицинской помощи

Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при ААС (код по МКБ-10: F10.3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Критерии качества** | **Оценка выполнения** | |
| **ДА** | **НЕТ** |
| 1 | Выполнен осмотр врачом-психиатром-наркологом не позднее 2 часов с момента поступления в стационар |  |  |
| 2 | Выполнен анализ мочи общий |  |  |
| 3 | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый |  |  |
| 4 | Выполнен анализ крови биохимический (общий белок, АлАТ, АсАТ, гамма-ГТ, общий билирубин, прямой билирубин, альбумин, глюкоза, общий холестерин) |  |  |
| 5 | Выполнено ЭКГ с расшифровкой, описанием, интерпретацией данных |  |  |
| 6 | Проведена терапия лекарственными препаратами группы «производные бензодиазепина» (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) |  |  |
| 7 | Проведена терапия лекарственными препаратами «витамины группы В» с целью профилактики развития энцефалопатии Гайе-Вернике (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) |  |  |
| 8 | Проведена терапия лекарственными препаратами группы растворы, влияющие на водно-электролитный баланс (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) |  |  |
| 9 | Достигнуто устранение симптоматики ААС, указанной в диагностических критериях МКБ-10 (F10.3), и восстановлено психофизическое состояние пациента |  |  |

# Список литературы

1. Naassila M. Neurobiological bases of alcohol addiction. Presse Med. 2018 Jun; 47(6):554-564. doi: 10.1016/j.lpm.2017.12.001. Epub 2018 Mar 23.
2. Roberto M., Varodayan F.P. Synaptic targets: Chronic alcohol actions. Neuropharmacology. 2017 Aug 1;122:85-99. doi: 10.1016/j.neuropharm.2017.01.013. Epub 2017 Jan 17.
3. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Бобков Е.Н., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В. Деятельность наркологической службы РФ в 2018–2019 годах: Аналитический обзор. М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2020. 194 с.
4. Реализация алкогольной политики в странах содружества независимых государств: рабочее совещание «стран-первопроходцев» (2020). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335948/WHO-EURO-2020-1202-40948-55498-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Наркология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 944 с.
6. Гофман А.Г. Клиническая наркология. М.: МИА, 2019. 386 с.
7. Kattimani S., Bharadwaj B. Clinical management of alcohol withdrawal: A systematic review. Ind Psychiatry J. 2013 Jul; 22(2):100-108. doi: 10.4103/0972-6748.132914
8. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 - F99) Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации, <https://psychiatr.ru/download/1998?view=1&name=МКБ-10_с_гиперссылками.pdf>
9. Наркология. Национальное руководство. Краткое издание (под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 704 с. doi: 10.33029/9704-5423-7-NRK-2020-1-704.
10. Психиатрия [Электронный ресурс] / под ред. Дмитриевой Т.Б., Краснова В.Н., Незнанова Н.Г., Семке В.Я., Тиганова А.С. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 624 с. - ISBN 978-5-9704-5118-2, <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451182.html>
11. Eloma A.S., Tucciarone J.M., et al. Evaluation of the appropriate use of a CIWA-Ar alcohol withdrawal protocol in the general hospital setting. Am J Drug Alcohol Abuse. 2018;44(4):418-425. doi: 10.1080/00952990.2017.1362418. Epub 2017 Oct 5.
12. Attilia F., Perciballi R. et al. Alcohol withdrawal syndrome: diagnostic and therapeutic methods. Riv Psichiatr. May-Jun 2018;53(3):118-122. doi: 10.1708/2925.29413
13. Sullivan J.T., Sykora K., Schneiderman J., Naranjo C.A., Sellers E.M. Assessment of alcohol withdrawal: The revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). Br J Addict. 1989;84:1353–1357.
14. Bharadwaj B, Bernard M, Kattimani S, Rajkumar RP. Determinants of success of loading dose diazepam for alcohol withdrawal: A chart review. J Pharmacol Pharmacother. 2012;3:270-272.
15. Standridge J. B., Adams S. M., Zotos A.P., Urine Drug Screening: A Valuable Office Procedure. Am. Fam. Physician.2010 Mar 1; 81(5):635-640.
16. Tavakoli H.R., Hull M., Okasinski L.T.M. Review of Current Clinical Biomarkers for the Detection of Alcohol Dependence. Innovation in Clinical Neuroscience. 2011 Mar; 8(3): 26–33. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074194/>
17. Muñiz-Hernández S., Velázquez-Fernández J.B., Díaz-Chávez J., López-Sánchez R.C., Hernández J.A., et al. (2014) Alcoholism: Common and Oxidative Damage Biomarkers . J Clin Toxicol S7: S7-006. doi:10.4172/2161-0495.S7-006 URL:<https://www.omicsonline.org/open-access/alcoholism-common-and-oxidative-damage-biomarkers-2161-0495.1000-S7-006.pdf>
18. Niemelã O. Biomarcers in alcoholism. Clin. Chim. Acta. 2007 Feb; 377 (1-2): 39-49.
19. Hannuksela M.L. Liisanantti M.K. Nissinen A.E. Savolainen M.J. Biochemical markers of alcoholism. Clin. Chem. Lab. Med. 2007;45 (8):953-961.
20. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Substance Abuse Treatment. The role of biomarkers in the Treatment of Alcohol Use Disorders. US Department of Health and Human Services. September. 2006. URL:http: //kap.samsha.gov/.
21. Sommers M.S. Savage C., Wray J., Dyehouse J.M., Laboratory measures of alcohol (ethanol) consumption: strategies of assess drinking patterns with biochemical measures. Biol. Res. Nurs. 2003 Jun; 4(3):203-207.
22. Aithal G.P., Thornes H., Dwarakanath A.D., Tanner A.R. Measurement of carbohydrate-deficient transferrin (CDT) in a general medical clinic: Is this test useful in assessing alcohol consumption? Alcohol and Alcoholism. 1998;33 (3):304-309.
23. Anton R.F., Lieber C., Tabakoff B. CDTect Study Group. Carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyltransferase for the detection and monitoring of alcohol use: results from a multisite study. Alcohol Clin. Exp. Res. 2002;26(8):1215-1222.
24. Hietala J., Puukka K., Koivisto H., Anttila P., Niemel O. Serum gamma-glutamyl transferase in alcoholics, moderate drinkers and abstainers: effect on GT reference intervals at population level. Alcohol and Alcoholism. 2005;40(6):511-514.
25. Helander A., Tabakoff B. Biochemical markers of alcohol use and abuse: experiences from the Pilot Study of the WHO/ISBRA Collaborative Project on state and trait markers of alcohol. International Society for Biomedical Research on Alcoholism. Alcohol and Alcoholism. 1997;32:133-144.
26. [Gough G](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Gough%20G%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=26110815).,[Heathers L](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Heathers%20L%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=26110815)., [Puckett D](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Puckett%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=26110815)., [Westerhold C](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Westerhold%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=26110815)., [Ren X](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Ren%20X%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=26110815)., [Yu Z](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Yu%20Z%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=26110815)., [Crabb D.W](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Crabb%20DW%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=26110815)., [Liangpunsakul S](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Liangpunsakul%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=26110815). The Utility of Commonly Used Laboratory Tests to Screen for Excessive Alcohol Use in Clinical Practice. Alcohol Clin Exp Res. 2015 Aug;39(8):1493-500. doi: 10.1111/acer.12780. URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26110815>
27. [Maenhout T.M](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Maenhout%20TM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=24438112)., [Poll A](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Poll%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=24438112)., [Vermassen T](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Vermassen%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=24438112)., [De Buyzere M.L](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=De%20Buyzere%20ML%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=24438112)., [Delanghe J.R](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Delanghe%20JR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=24438112).; [ROAD Study Group](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=ROAD%20Study%20Group%5BCorporate%20Author%5D). Usefulness of indirect alcohol biomarkers for predicting recidivism of drunk-driving among previously convicted drunk-driving offenders: results from the recidivism of alcohol-impaired driving (ROAD) study. Addiction. 2014 Jan;109(1):71-78. doi: 10.1111/add.12372. Epub 2013 Nov 20. <URL:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24438112>
28. [Conigrave K.M](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Conigrave%20KM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=14984240)., [Davies P](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Davies%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=14984240)., [Haber P](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Haber%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=14984240)., [Whitfield J.B](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Whitfield%20JB%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=14984240). Traditional markers of excessive alcohol use. [Addiction.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14984240) 2003 Dec; 98(2):31-43. <URL:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17579567>
29. Иванец Н.Н., Винникова М.А., редакторы. Алкоголизм. Руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство; 2011. 856 с.
30. Востриков В.В., Зеленцов К.Е., Майорова О.В. и др. Методы диагностики алкогольной зависимости. Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. 2008;Т6(№ 4):26–52. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=11661080&>
31. Чернобровкина Т.В. Лабораторная диагностика как инструмент в решении задач профилактической и клинической наркологии (энзимодиагностиа наркологических заболеваний). Пособие для врачей. 2-е изд. М., 2005. 44с.
32. Elisaf M., Kalaitzidis R. Metabolic Abnormalities in Alcoholic Patients: Focus on Acid Base and Electrolyte Disorders. J Alcohol Drug Depend 2015, 3:1 doi: 10.4172/2329-6488.1000185
33. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Психические и поведенческие расстройства вследствие злоупотребления психоактивными веществами. Из кн: Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике. Руководство для практикующих врачей. Под общей редакцией чл-корр. РАМН Ю.А. Александровского, проф. Н.Г. Незнанова. М.:Литттера; 2014. с. 582-692.
34. Афанасьев В.В. Алкогольный абстинентный синдром. С-Пб.: Интермедика; 2002. с. 65-97, 141-236.
35. Малин Д.И., Медведев В.Д. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках. 5-е издание. Учебное пособие. М.:вузовская книга; 2019. 172с.
36. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. 2-е издание. СПб: Лань; 1999. 352 с.
37. Гофман А.Г. Клиническая наркология. М.: Миклош; 2003. 215 с.
38. Detoxification and Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 45. URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64115/>
39. NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence (2010c) Alcohol-use disorder: physical complications. NICE clinical guideline 100. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. URL:http:[www.nice.org.uk/guidance/CG100](http://www.nice.org.uk/guidance/CG100)
40. NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence (2011a) Alcohol dependence and harmful alcohol use. NICE clinical guideline 115. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. URL:http:[www.nice.org.uk/guidance/CG115](http://www.nice.org.uk/guidance/CG115)
41. Иванец Н.Н., Даренский И.Д., Стрелец Н.В., Уткин С.И. Лечение алкоголизма, наркоманий. Токсикоманий (в таблицах). М.:Анахарсис; 2002. 57 с.
42. Palmer B.F., Clegg D.J. Electrolyte Disturbances in Patients with Chronic Alcohol-Use Disorder. New England Journal of Medicine 377(14):1368-1377, doi: 10.1056/NEJMra1704724
43. DeSimone E., Tilleman J., Powell T. Treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome. US Pharm. 2014;39(11):38-41.
44. Maldonado J.R., Nguyen L.H., et al. Benzodiazepine loading versus symptom-triggered treatment of alcohol withdrawal: a prospective, randomized clinical trial. Gen Hosp Psychiatry. Nov-Dec 2012;34(6):611-7, doi: 10.1016/j.genhosppsych.2012.06.016
45. Holleck J.L., Merchant N., et al. Symptom-Triggered Therapy for Alcohol Withdrawal Syndrome: a Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. J Gen Intern Med 34(6):1018–24, doi: 10.1007/s11606-019-04899-7
46. Kosten T.R., O’Connor P.G. Management of drug and alcohol withdrawal. N. Engl. J. Med. 2003; 348: 1786-1795. URL:http: [[PubMed](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12724485)]
47. Saitz R., Mayo-Smith M.F., Roberts M.S. et al. Individualized treatment for alcohol withdrawal. A randomized double-blind controlled trial. JAMA. 1994;272(7):519. URL:http: [[PubMed](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12724485)]
48. Cassidy E.M., O'Sullivan I., Bradshaw P., et al. Symptom-triggered benzodiazepine therapy for alcohol withdrawal syndrome in the emergency department: a comparison with the standard fixed dose benzodiazepine regimen. Emerg Med J 2012 29: 802-804 originally published online October 19, 2011. doi: 10.1136/emermed-2011-200509
49. Wolf C., Curry A. Management of Alcohol Withdrawal in the Emergency Department: Current Perspectives. March 2020. Open Access Emergency Medicine Volume 12:53-65. doi: 10.2147/OAEM.S235288
50. Nelson A.C., Kehoe J., et al. Benzodiazepines vs barbiturates for alcohol withdrawal: Analysis of 3 different treatment protocols. Am J Emerg Med. 2019 Apr;37(4):733-736. doi: 10.1016/j.ajem.2019.01.002. Epub 2019 Jan 3.
51. Mo Y., Thomas M.C., Karras G.E. Barbiturates for the treatment of alcohol withdrawal syndrome: A systematic review of clinical trials. J Crit Care. 2016 Apr; 32:101-7. doi: 10.1016/j.jcrc.2015.11.022
52. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. М.:Восток; 1996. 288с.
53. Tidwell W.P., Thomas T.L., et al. Treatment of alcohol withdrawal syndrome: phenobarbital vs CIWA-AR protocol. Am. J. Crit. Care, November 2018, Volume 27, №.6. doi: 10.4037/ajcc2018745
54. Hammond C.J., Niciu M.J., et al. Anticonvulsants for the Treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome and Alcohol Use Disorders. CNS Drugs. 2015 April; 29(4): 293–311. doi:10.1007/s40263-015-0240-4
55. Уткин С.И. Эффективность мексидола (2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина сукцината) в составе инфузионной терапии алкогольного абстинентного синдрома. Вопросы наркологии. 2010; 2: 36-41.
56. Bono G., Sinforiani E., Merlo P., Belloni G., Soldati M., Gelso E. Alcoholic abstinence syndrome: short term treatment with metadoxine. Clin Pharmacol Res. 1991; 11: 35-40.
57. Винникова М.А., Уткин С.И., Ненастьева А.Ю., Захаров М.В. Эффективность включения ремаксола в терапию алкогольного абстинентного синдрома. Журнал неврологии и психиатрии. 2016; 1: 40-46.
58. Miller W.R., Meyers R.J., Tonigan J.S. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. J Consult Clin Psychol. 1999; № 67(5): 688-97.
59. Archer M., Harwood H., Stevelink S., Rafferty L., Greenberg N. Community reinforcement and family training and rates of treatment entry: a systematic review. Addiction. 2020; 115(6): 1024-1037. doi: [10.1111/add.14901](https://doi.org/10.1111/add.14901)

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

**Председатель:** Брюн Евгений Алексеевич д.м.н., проф.

**Секретарь:** Поплевченков Константин Николаевич к.м.н.

**Состав рабочей группы:**

Агибалова Татьяна Васильевна д.м.н.

Бедина Инесса Александровна к.м.н.

Бузик Олег Жанович д.м.н.

Винникова Мария Алексеевна д.м.н.

Кошкина Евгения Анатольевна д.м.н., проф.

Михайлов Михаил Альбертович д.м.н.

Надеждин Алексей Валентинович к.м.н.

Тетенова Елена Юрьевна к.м.н.

**Авторы:**

1. Винникова Мария Алексеевна, доктор медицинских наук, профессор. Ассоциация наркологов России (Профессиональное сообщество врачей-наркологов). Национальное наркологическое общество.
2. Ненастьева Анна Юрьевна, кандидат медицинских наук. Национальное наркологическое общество. Российское общество психиатров.
3. Титков Максим Сергеевич, кандидат медицинских наук. Национальное наркологическое общество
4. Уткин Сергей Ионович, кандидат медицинских наук. Российское общество психиатров. Федерация анестезиологов и реаниматологов.

Конфликт интересов: нет

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

# **Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций**

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врач психиатр-нарколог
2. Врач-психиатр-нарколог участковый
3. Врач психиатр-подростковый
4. Врач психиатр
5. Врач-психиатр участковый
6. Врач психотерапевт
7. Медицинский психолог

При разработке настоящих клинических рекомендаций использованы следующие информационные средства:

* Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28.02.2019 г. № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации» (с изменениями и дополнениями).
* Анализ источников научной литературы и других данных, а также интернет-ресурсов за последние 10 лет:
  + отечественные: руководства для врачей, научные публикации в периодических изданиях, научная электронная библиотека e-library, Государственный Реестр Лекарственных Средств, Регистр лекарственных средств, Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации;
  + зарубежные: Cochrane Library, Medline, MedScape, PubMed, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)
  + Регламентирующие документы Правительства Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации.

При разработке настоящих клинических рекомендаций использовалась рейтинговые схемы для оценки уровня достоверности доказательств (1, 2, 3, 4, 5) и уровня убедительности рекомендаций (A, B, C).

**Приложение А2.1 – Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)**

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

**Приложение А2.2 - Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**

|  |  |
| --- | --- |
| Уровни достоверности доказательств (УДД)  Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации» (Зарегистрирован 08.05.2019 № 54588) | |
| 1 | Систематический обзор рандомизированных клинических исследований (РКИ) с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна (помимо РКИ) с применением мета-анализа |
| 3 | Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль» |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов |

**Приложение А2.3 - Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**

|  |  |
| --- | --- |
| Уровень убедительности рекомендации (УРР)  Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации» (Зарегистрирован 08.05.2019 № 54588) | |
| A | Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными) |
| B | Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |
| C | Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |

**Приложение А2.4 - Рейтинговая схема оценки уровня убедительности рекомендаций (УРР) для лечебных, реабилитационных, профилактических вмешательств**

|  |  |
| --- | --- |
| **УУР** | **Описание** |
| A | Однозначная (сильная) рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными) |
| B | Неоднозначная (условная) рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |
| C | Низкая (слабая) рекомендация – отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |

****Порядок обновления клинических рекомендаций.****

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации ААС, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым клинических рекомендаций, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

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

1. Приказ Минздрава России от 30.12.2015 N 1034н (в редакции от 21.02.2020) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "психиатрия-наркология" и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ» (с изменениями и дополнениями, вступившими в силу 08.08.2020).

2. Приказ Минздрава России от 04.09.2012 N 124н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при абстинентном состоянии, вызванном употреблением психоактивных веществ» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.12.2012 N 26151).

3. Приказ Минздрава России от 04.09.2012 N 135н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии, вызванном употреблением психоактивных веществ» (Зарегистрировано в Минюсте России 19.12.2012 N 26193).

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 N 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности, включаемой в клинические рекомендации информации» (Зарегистрирован в Минюсте России 08.05.2019 N 54588).

# Приложение Б. Алгоритмы действия врача

**Подозрение на ААС**

Использование дополнительных лабораторных и инструментальных методов диагностики

Да

Нет

Продолжение диагностического поиска соматической или неврологической патологии

Диагностика проведена полностью?

Определение условий терапии: амбулаторные или стационарные

Диагноз клинически подтвержден?

Да

Да

Терапия осложнений

Формирование индивидуальной программы терапии

Нет

Выбор дальнейшей тактики: лечение синдрома зависимости, диспансерное наблюдение, профилактика

Нет

В процессе лечения развились осложнения?

Лечение ААС проведено полностью?

Да

Нет

# Приложение В. Информация для пациента

**F10.3хх АЛКОГОЛЬНОЕ АБСТИНЕНТНОЕ СОСТОЯНИЕ.**

Алкогольное абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя) – потенциально опасное для жизни состояние. Синдром отмены алкоголя формируется на II стадии алкоголизма. Возникает у больных алкоголизмом людей, когда они пьют в течение нескольких недель, месяцев или лет, а потом внезапно останавливаются или значительно сокращают потребление алкоголя в привычных для них дозах. Употребление малых доз алкоголя позволяет уменьшить проявления синдрома отмены. Это называется опохмеление.

Проявления алкогольного абстинентного состояния связаны с продуктами распада алкоголя, образующимися в организме. Самый опасный метаболит – ацетальдегид.

Абстинентное состояние развивается исподволь, постепенно, не сразу. На первых этапах становления алкогольного абстинентного состояния потребность в опохмелении возникает только после приема больших доз алкоголя, например, 0.5 – 0.7 л водки, а после употребления 200 – 300 мл потребности в опохмелении нет. При дальнейшем злоупотреблении алкоголем потребность в опохмелении возникает и после небольших количеств выпитого.

Алкогольное абстинентное состояние не стоит путать с похмельем. Похмелье возникает у здоровых (не болеющих алкоголизмом) людей при выраженном алкогольном абузусе, то есть, при употреблении больших доз алкоголя.

Алкогольное абстинентное состояние начинает проявляться в среднем через 8-10 часов после прекращения приема алкоголя. На первом этапе оно проявляется головной болью, слабостью, недомоганием, тошнотой, иногда – рвотой, дрожью в руках и в теле, перебоями в сердце. В последующем присоединяются и психические нарушения: больной мучается бессонницей, у него развивается тревога, не может найти себе места, могут возникать беспричинные вспышки раздражительности и злости, в это время держится потливость и дрожь, одним словом: «на душе муторно». Еще один немаловажный факт: если раньше похмелье длилось всего несколько часов, то на более развернутых стадиях оно длится уже 2 – 7 суток и даже больше.

Существует опасность, что алкогольное абстинентное состояние может утяжелиться в любой момент. Самый опасный в этом отношении период – 2-3 день его течения. Велика вероятность развития белой горячки (алкогольный делирий), другого тяжелого психоза (галлюциноз, параноид, острая энцефалопатия), судорог. Поэтому имеет смысл обратиться к врачу, даже если проявления абстинентного состояния легкие. Обращение к врачу особенно важно, если есть заболевания сердца, печени, предрасположенность к судорогам.

Это состояние опасно для жизни и иногда заканчивается тяжелыми соматоневрологическими расстройствами или летальным исходом. Естественно, выход из этого тяжелого состояние и нормализация физического и психического состояния требуют времени и специального лечения.

**Показания к госпитализации**

Показаниями к госпитализации служат состояния средней и тяжелой степени, что определяет врач при первичной консультации больного; выраженная сомато-неврологическая патология, сопутствующая соматическая патология (болезни печени, почек, сердца, различные нарушения питания и пр.), перенесенные черепно-мозговые травмы и любые иные состояния, оцененные врачом, как клинически значимые.

**Лечение алкогольного абстинентного состояния**

Если проявления алкогольного абстинентного состояния легкие, то лечение может проходить в амбулаторных условиях, особенно, если выйти из данного состояния человеку готовы помочь его близкие.

Стационарное лечение требуется, когда развивается абстинентное состояние средней и тяжелой степени.

Лечение включает следующие цели:

1. корректировка нарушений водно-электролитного и КЩС, гиповитаминоза (инфузионная детоксикационная терапия);
2. контроль за показаниями жизненно важных функций (симптоматическая терапия, направленная на нормализацию работы сердца, почек, ЖКТ, легких, головного мозга);
3. снятие психических нарушений (терапия тревоги и расстройств сна);
4. профилактика развития осложнений;
5. подготовка пациента к дальнейшей длительной терапии алкогольной зависимости.

**Профилактика алкогольного абстинентного состояния**

Успешное лечение алкогольного абстинентного состояния не решает основную проблему – существования алкогольной зависимости. Для избавления от алкогольной зависимости требуется длительная комплексная терапия. Если человек осознает, что имеет алкогольную зависимость и желает решать проблему, ему следует обратиться за медицинской помощью в соответствующее учреждение или к своему лечащему врачу.

# Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

**Приложение Г1. Шкала оценки состояния отмены алкоголя (CIWA-Ar)**

**Название на русском языке**: Шкала оценки состояния отмены алкоголя

**Оригинальное название**: Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol, revised scale (CIWA-Ar)

**Источник** (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Sullivan J.T., Sykora K., Schneiderman J., Naranjo C.A., Sellers E.M. Assessment of Alcohol Withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar) // British Journal of Addiction. 1989; 84: 1353-1357.

http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.489.341&rep=rep1&type=pdf

**Тип (подчеркнуть):** шкала оценки; индекс; вопросник; другое (уточнить):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Назначение:** Шкала CIWA-AR используется для идентификации и интерпретации у пациента симптомов ААС. При использовании шкалы производят оценку выраженности различных соматических и психических симптомов синдрома отмены алкоголя, соответствующих определённому количеству баллов, которые затем суммируют. Максимально возможное количество баллов равно 67. Считается, что пациенты с количеством баллов больше 8 нуждаются в лечении с использованием методов активной фармакотерапии, а их состояние следует оценивать каждые 2 ч. Пациенты с количеством баллов меньше 8 в проведении активного лечения не нуждаются.

**Содержание (шаблон):**

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Время\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вопрос** | **Ответ** | **Баллы** |
| **Тошнота и рвота**  Спросите: «Не испытываете ли Вы тошноты?  Не было ли у Вас рвоты?»  Наблюдение. | нет ни тошноты, ни рвоты | 0 |
| лёгкая тошнота без рвоты | 1 |
| подкатывающая тошнота с позывами на рвоту | 4 |
| постоянная тошнота, частые позывы на рвоту и рвота | 7 |
| **Тремор** (пальцев рук и предплечья)  «Вытяните руки и разведите пальцы».  Наблюдение. | отсутствует | 0 |
| тремора не видно, но его можно почувствовать пальцами | 1 |
| умеренный тремор, в т.ч. с распространением на предплечье | 4 |
| тяжелый тремор, даже без распространения на предплечье | 7 |
| **Пароксизмальная потливость**  Наблюдение. | признаки потливости отсутствуют | 0 |
| едва уловимая потливость, ладони влажные | 1 |
| капли пота на лбу | 4 |
| тотальный гипергидроз | 7 |
| **Тревога** Спросите: «Вам тревожно? Вы испытываете беспокойство?»  Наблюдение. | нет тревоги, спокоен/спокойна | 0 |
| слегка тревожен/тревожна | 1 |
| умеренно тревожен(на), или старается контролировать себя так, что тревогу можно заподозрить | 4 |
| эквивалентна острым паническим состояниям, которые можно видеть в состоянии делирия или при острых шизофренических реакциях | 7 |
| **Возбуждение (ажитация)**  Наблюдение. | нормальная активность | 0 |
| несколько повышенная активность | 1 |
| умеренно выраженная нетерпеливость и беспокойство | 4 |
| хождение туда-сюда во время обследования/разговора или постоянное метание | 7 |
| **Головная боль, тяжесть в голове**  Спросите: «Вы не испытываете каких-либо необычных ощущений в голове?  Нет ощущения, что голова как будто стянута обручем?»  При оценке не учитывать головокружение. | отсутствует | 0 |
| очень лёгкая | 1 |
| лёгкая | 2 |
| умеренная | 3 |
| умеренно выраженная | 4 |
| выраженная | 5 |
| очень выраженная | 6 |
| исключительно выраженная | 7 |
| **Тактильные расстройства**  Спросите: «Чувствуете ли вы зуд, покалывание, имеется ли ощущение ожога либо онемения, ощущение ползания насекомых по коже?»  Наблюдение. | нет | 0 |
| очень слабые | 1 |
| легкие | 2 |
| средней тяжести | 3 |
| галлюцинации от средней тяжести до тяжелых | 4 |
| тяжелые галлюцинации | 5 |
| крайне тяжелые галлюцинации | 6 |
| непрерывные галлюцинации | 7 |
| **Слуховые нарушения**  Спросите: «Не беспокоят ли Вас звуки вокруг?  Не кажутся ли они очень резкими? Не пугают ли они Вас? Вы что-нибудь слышите, что Вас беспокоит? Слышите ли Вы что-нибудь такое, чего на самом деле нет?»  Наблюдение. | отсутствуют | 0 |
| в очень лёгкой степени резкость звуков или пугающий характер звуков | 1 |
| в лёгкой степени резкость звуков или пугающий характер звуков | 2 |
| в умеренной степени резкость звуков или пугающий характер звуков | 3 |
| умеренно выраженные галлюцинации | 4 |
| выраженные галлюцинации | 5 |
| исключительно выраженные галлюцинации | 6 |
| непрекращающиеся галлюцинации | 7 |
| **Визуальные нарушения**  Спросите: «Не кажется ли Вам свет очень ярким? Не кажутся ли изменёнными цвета? Не режет ли свет глаза? Вы что-нибудь видите, что Вас беспокоит? Видите ли Вы что-нибудь такое, чего на самом деле нет?»  Наблюдение. | отсутствуют | 0 |
| в очень лёгкой степени резкость звуков или пугающий характер звуков | 1 |
| в лёгкой степени резкость звуков или пугающий характер звуков | 2 |
| в умеренной степени резкость звуков или пугающий характер звуков | 3 |
| умеренно выраженные галлюцинации | 4 |
| выраженные галлюцинации | 5 |
| исключительно выраженные галлюцинации | 6 |
| непрекращающиеся галлюцинации | 7 |
| **Ориентировка и нарушение ясности сознания**  Спросите: «Какое сегодня число? Где Вы? Кто я?» | ориентирован и может производить порядковые сложения чисел | 0 |
| не может производить порядковые сложения чисел и не уверен в дате | 1 |
| дезориентирован в дате не более, чем на 2 календарных дня | 2 |
| дезориентирован в дате более, чем на 2 календарных дня | 3 |
| дезориентирован в месте и/или в личности | 4 |

**Ключ (интерпретация):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Баллы** | **Интерпретация** |
| 0–8 | минимальная степень ААС |
| 9–15 | средняя тяжесть ААС |
| 16 и более | тяжелый АСС с высоким риском алкогольного делирия |

**Пояснения:** Шкала CIWA-Ar может быть применена только в случае наличия контакта с пациентом.

**Г2. Ричмондская шкала оценки ажитации и седации RASS**

**Название на русском языке**: Ричмондская шкала оценки возбуждения-седации.

**Оригинальное название**: The Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS).

**Источник** (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Sessler C.N., Gosnell M.S., Grap M.J., Brophy G.M., O’Neal P.V., Keane K.A., Tesoro E.P., Elswick R.K. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2002; 166 (10):1338– 1344.

**Тип (подчеркнуть):** шкала оценки; индекс; вопросник; другое (уточнить):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Назначение:** Шкала используется для описания степени психомоторного возбуждения больного или уровня глубины седации. Она широко применяется у пациентов, находящихся на искусственной вентиляции легких во избежание или недостаточного седативного эффекта от препаратов. Школа позволяет оценивать эффективность проводимой терапии. Шкала проста в использовании, с ее помощью можно оценить состояние больного за 30-60 секунд, используя три последовательных этапа: наблюдение, ответ на слуховую стимуляцию, ответ на физическую стимуляцию. Применение RASS может быть затруднительно у пациентов с тяжелыми нарушениями слуха и зрения.

**Содержание (шаблон):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Баллы** | **Состояние** | **Описание** |
| +4 | Агрессивен | Пациент агрессивен, возникают эпизоды выраженного психомоторного возбуждения, возможно нанесение физического ущерба медицинскому персоналу |
| +3 | Выраженная ажитация | Пациент агрессивен, удаляет катетеры, зонды, дренажи, трубки |
| +2 | Ажитация | Частая нецеленаправленная двигательная активность, «борьба» с респиратором при проведении искусственной вентиляции легких |
| +1 | Беспокойство | Пациент беспокоен, иногда испуган, но неагрессивен, а двигательная активность не имеет деструктивной направленности |
| 0 |  | Бодрствует, спокоен, внимателен |
| -1 | Сонливость | Недостаточно внимателен, пробуждается на оклик отсрочено: открывает глаза, фиксирует взор более 10 секунд |
| -2 | Легкая седация | Пробудим на оклик (открывает глаза, но фиксирует взор менее 10 секунд) |
| -3 | Умеренная седация | Двигательная активность или открывание глаз в ответ на оклик без фиксации взора |
| -4 | Глубокая седация | Нет реакции на оклик, но двигательная активность или открывание глаз на проприоцептивные и ноцицептивные раздражители |
| -5 | Отсутствие пробуждения | Нет реакции ни на оклик, ни на проприоцептивные и ноцицептивные раздражители |

**Ключ (интерпретация):**

Процедура оценки по Шкале RASS

1. Наблюдение за пациентом

- Если он бодрствует, спокоен и внимателен – 0 баллов.

- Есть ли у пациента, признаки поведения, характеризующееся беспокойством или волнением – оценка от +1 до +4 баллов с использованием критериев, перечисленных в описании.

2. Если пациент сонлив, попросите его громким голосом, назвав по имени, открыть глаза и посмотреть на Вас. Повторите это несколько раз, если это необходимо. Попросите пациента задержать взгляд.

- Если с пациентом возможен зрительный контакт, который сохраняется в течение более 10 секунд – оценка -1 балл.

- Если с пациентом возможен зрительный контакт, но это не поддерживается в течение 10 секунд – оценка -2 балла.

- Если пациент производит какое-либо движение в ответ на голос, за исключением зрительного контакта – оценка -3 балла.

3. Пациент не реагирует на голос. Проведите физическую стимуляцию, путем встряхивания за плечо, и растирания грудины.

- Если пациент отвечает какими-либо движениями на физическую стимуляцию – оценка -4 балла.

- Если пациент не реагирует на голос или физическую стимуляцию – оценка -5 баллов.

**Г3. Алгоритм Наранжо**

**Название на русском языке**: Алгоритм Наранжо для оценки причинно-следственной связи «неблагоприятные побочные реакции (далее – НПР) – лекарство»

**Оригинальное название**: Naranjo algorithm

**Источник** (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Naranjo С.A., Busto U., Sellers E.M., et al. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. Clinical Pharmacology and Therapeutics. 1981; 30(2):239-245. DOI: [10.1038/clpt.1981.154](https://doi.org/10.1038/clpt.1981.154)

**Тип (подчеркнуть):** шкала оценки; индекс; вопросник; другое (уточнить):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Назначение:** Алгоритм Наранжо используется для оценки достоверности связи между лекарством и нежелательной побочной реакцией. Данный вопросник при определении степени достоверности взаимосвязи «лекарство – НПР» ориентирован на получение конкретных ответов, оценивающихся в баллах. Определенное число баллов соответствует определенной степени достоверности.

**Содержание (шаблон):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№№** | **Вопросы** | **Да** | **Нет** | **Неизвестно** |
| 1 | Были ли ранее достоверные сообщения об этой НПР? | +1 | 0 | 0 |
| 2 | НПР возникла после введения (приема) подозреваемого лекарства? | +2 | -1 | 0 |
| 3 | Улучшилось ли состояние испытуемого (проявления НПР) после прекращения приема препарата или после введения специфического антидота? | +1 | 0 | 0 |
| 4 | Возобновилась ли НПР после повторного введения препарата? | +2 | -1 | 0 |
| 5 | Есть ли еще причины (кроме подозреваемого лекарства), которые могли вызвать НПР? | -1 | +2 | 0 |
| 6 | Было ли лекарство обнаружено в крови (или других жидкостях) в концентрациях, известных как токсические? | +1 | 0 | 0 |
| 7 | Была ли НПР более тяжелой после увеличения дозы и менее тяжелой после ее уменьшения? | +1 | 0 | 0 |
| 8 | Отмечал ли испытуемый аналогичную реакцию на то же или подобное лекарство при прежних его приемах? | +1 | 0 | 0 |
| 9 | Было ли НПР подтверждено объективно? | +1 | 0 | 0 |
| 10 | Отмечалось ли повторение НПР после назначения плацебо? | -1 | +1 | 0 |

**Ключ (интерпретация):**

Категории степеней достоверности взаимосвязи «НПР–лекарство» по шкале Наранжо в результате ответов на 10 вопросов определяются как:

|  |  |
| --- | --- |
| **Баллы** | **Категории степеней достоверности взаимосвязи «НПР–лекарство»** |
| 0 | сомнительная |
| 1–4 | возможная |
| 5–8 | вероятная |
| 9 и более баллов | определенная |

1. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 - F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голланда В.Б.- М.: Минздрав России, 1998. - 512 с. [↑](#footnote-ref-2)
2. Диагностические критерии приведены в соответствии с МКБ-10. [↑](#footnote-ref-3)
3. \*\* *–* данным символом обозначены лекарственные препараты, входящие в перечень ЖНВЛП. [↑](#footnote-ref-4)
4. *#* *–* данным символом обозначены лекарственные препараты, назначение и применение которых не соответствует инструкции по применению. [↑](#footnote-ref-5)
5. Парентеральные формы витамина В1 по инструкции вводятся только внутримышечно: <http://grls.rosminzdrav.ru/> [↑](#footnote-ref-6)
6. Приказ Минздрава России от 30 декабря 2015 года №1034 (зарегистрировано в Минюсте России 22.03.2016 г. №41495) «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и/или расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ. [↑](#footnote-ref-7)