Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ Синдром отмены психоактивных веществ (абстинентное состояние, вызванное употреблением психоактивных веществ) (кроме алкоголя и никотина)

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: F11.3, F12.3, F13.3, F14.3, F15.3, F16.3, F18.3, F19.3 · Общественная организация "Российское общество психиатров"

Синдром отмены психоактивных веществ возникает после прекращения или уменьшения дозы вещества у человека с зависимостью; его проявления зависят от класса вещества и предшествующей дозы. Рекомендация посвящена диагностике, оценке тяжести, медикаментозному купированию и выбору условий лечения СО, кроме алкогольного и никотинового.

Главное

- Диагноз СО устанавливают при подтвержденном недавнем прекращении или снижении дозы ПАВ после длительного и/или высокодозного употребления, соответствии симптомов типичной картине отмены конкретного вещества и исключении другой медицинской или психической причины.
- СО галлюциногенов нехарактерен; четкие диагностические критерии для него не установлены.
- Тяжесть СО оценивают как легкую, среднюю, среднетяжелую или тяжелую. Для СО опиоидов используют COWS: 5–12 баллов — легкий, 13–24 — средней тяжести, 25–36 — среднетяжелый, более 36 — тяжелый СО.
- СО седативных и снотворных средств опасен для жизни: при отмене высоких доз возможны большие судорожные припадки и психозы. При барбитуратах осложнения могут развиваться на 3–8-е сутки, при бензодиазепинах риск резко увеличивается после длительного приема более 6 месяцев или приема чрезмерно высоких доз.
- При СО опиоидов делирий и судороги нехарактерны; их появление заставляет искать применение антагонистов или частичных агонистов опиоидных рецепторов, коморбидную патологию либо сочетанное употребление других ПАВ.
- Курс лечения обычно занимает до 10 суток и может проходить в стационаре, дневном стационаре или амбулаторно; после купирования СО начинают реабилитационные мероприятия и продолжают лечение зависимости.

Диагностика

1. Сначала уточнить вещество или класс веществ, длительность и дозу употребления, время последнего приема либо снижения дозы.
2. Сопоставить жалобы и объективные признаки с типичной картиной СО конкретного вещества: влечение, вегетативные, соматические, психические и неврологические симптомы; отдельно оценить судороги, психоз, суицидальные мысли и агрессивное поведение.
3. Провести соматическое обследование: осмотр кожи и слизистых, поиск следов инъекций, измерение температуры, АД, пульса и частоты дыхания, оценку сердца, печени и почек.
4. Провести неврологическое обследование: оценить нистагм, реакцию зрачков, тремор, чувствительную и двигательную сферы, статическую и динамическую координацию.
5. До лечения выполнить биохимический и общий анализы крови, общий анализ мочи; при тяжелом СО дополнительно определить калий и натрий, кислотно-основное состояние и газы крови.
6. До начала лечения зарегистрировать ЭКГ; другие инструментальные исследования назначать по клиническим показаниям для поиска сопутствующей патологии.
7. До начала терапии определить степень тяжести по клиническим, физикальным и инструментальным данным.

Лечение

- При тяжелом СО и наличии показаний проводить инфузионную терапию для коррекции дегидратации и электролитных нарушений. Предпочтительны сбалансированные полиионные растворы; средний объем — 400–3000 мл/сут, скорость — не более 500 мл/ч, под контролем диуреза, электролитов и КОС.
- При СО опиоидов основное средство — клонидин при отсутствии противопоказаний: минимальная доза 0,15 мг, суточная доза в 3–4 приема — не более 0,9–1,35 мг внутрь. Наиболее высокие дозы обычно нужны на 2–4-е сутки, затем их снижают и отменяют к 7–10-м суткам; при АД ниже 90/60 мм рт. ст. дозу уменьшают.
- При непереносимости клонидина для купирования СО опиоидов используют прегабалин 150–600 мг/сут. Следует учитывать риск формирования зависимости от самого препарата.
- При боли на фоне СО опиоидов применяют трамадол: в первые дни при выраженной боли — внутримышечно, затем внутрь; суточная доза не должна превышать 600 мг. При непереносимости или недостаточном эффекте возможны НПВП: кеторолак до 90 мг/сут, лорноксикам до 16 мг/сут, в первые сутки до 24 мг, ибупрофен до 1200 мг/сут.
- При СО седативных и снотворных средств применяют ступенчатую отмену. При бензодиазепиновой зависимости заменяют исходный препарат разрешенным средством сходного действия и постепенно снижают его дозу; при барбитуратной зависимости используют аналогичную замену с постепенной отменой.
- При СО каннабиноидов специфического лечения нет: возможен симптоматический габапентин 1200 мг/сут; кветиапин применяли в дозе 200 мг/сут, а золпидем — при нарушениях сна по показаниям и инструкции.
- При СО кокаина, других стимуляторов и кофеина специфических препаратов нет. Бензодиазепины применяют при тревоге, антипсихотические средства — при возбуждении, ажитации, агрессивности или опасном импульсивном поведении.
- В остром периоде психотерапия ограничена; ее основные задачи — удержать пациента в лечебной программе, информировать о дальнейшем лечении зависимости и провести семейное консультирование.
- Эффективность лечения оценивают по стабилизации психофизического состояния, безопасность — по динамике симптомов, жизненных показателей, анализов и инструментальных данных.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана при СО средней, среднетяжелой и тяжелой степени, при судорожных припадках, а также при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения или лечения в дневном стационаре.
- Амбулаторно лечат СО легкой степени тяжести.
- Выписка возможна после устранения симптомов СО.
- При обращении за специализированной помощью пациента должен осмотреть врач-психиатр-нарколог. Предварительный диагноз устанавливают в первые сутки, основной — в течение 3–7 суток с учетом обследования и динамического наблюдения.

Частые вопросы

Какие критерии подтверждают синдром отмены?

Нужны данные о недавнем прекращении или снижении дозы ПАВ после длительного и/или высокодозного употребления, типичные для этого вещества симптомы и отсутствие лучшего объяснения другим заболеванием или психическим расстройством.

Когда начинается СО опиоидов и чем он проявляется?

Обычно через 6–24 часа после последнего употребления; при уличном метадоне начало может откладываться на 2–5 суток. Характерны влечение, ринорея, слезотечение, мышечные боли, диарея, мидриаз, озноб, тахикардия, зевота и дисфория.

Как интерпретировать шкалу COWS?

5–12 баллов соответствуют легкому СО, 13–24 — средней тяжести, 25–36 — среднетяжелому, более 36 — тяжелому. Максимально по шкале можно набрать 48 баллов.

Как лечить СО опиоидов в первую очередь?

Основным препаратом указан клонидин; индивидуальную дозу подбирают с контролем АД, при гипотонии ниже 90/60 мм рт. ст. ее уменьшают. При непереносимости клонидина используют прегабалин 150–600 мг/сут.

Почему нельзя резко отменять седативные и снотворные средства?

При отмене высоких доз возможны большие судорожные припадки и психозы. Тактика предусматривает ступенчатое снижение дозы, а при зависимости от бензодиазепинов или барбитуратов — замену на разрешенный препарат сходного действия с последующей постепенной отменой.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/32-psihicheskie-i-povedencheskie-rasstrojstva-vyzvannye-upotrebleniem. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/32_2