Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя Синдром отмены алкоголя (алкогольное абстинентное состояние)

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: F10.3 · Общественная организация "Российское общество психиатров"

Алкогольное абстинентное состояние (ААС) возникает у пациентов с синдромом зависимости после прекращения или значительного снижения употребления алкоголя, обычно через несколько часов. Рекомендация посвящена клинической диагностике, оценке тяжести, лекарственной терапии и выбору условий лечения с предупреждением судорог и делирия.

Главное

- ААС представляет собой сочетание вегетативных, соматических, неврологических и психических нарушений после прекращения или снижения дозы алкоголя; обычно начинается через несколько часов и при неосложненном течении проходит за 2–5 дней. Возможны судорожные припадки и психоз.
- Для отличия ААС от похмелья важно выявить вторичное патологическое влечение к алкоголю: сильное желание «опохмелиться», сопровождаемое внутренним напряжением, раздражительностью, дисфорией или подавленностью.
- Тяжесть ААС объективизируют по CIWA-Ar: 0–8 баллов — минимальная или низкая степень, 9–15 — средняя, 16 и более — тяжелый ААС с высоким риском делирия.
- ААС кодируют как F10.30 при неосложненном состоянии и F10.31 при судорожных припадках; синдром кодируют самостоятельно, если он является непосредственной причиной обращения за специализированной помощью при выраженной тяжести расстройств.
- Бензодиазепины — препараты выбора для лечения ААС и профилактики тяжелых форм и осложнений (УУР А, УДД 1).
- Среднюю и тяжелую степень ААС, судорожные припадки и отсутствие эффекта от амбулаторной терапии рассматривают как показания к госпитализации.

Диагностика

1. Уточнить длительное и/или высокодозное употребление алкоголя, а также недавнее прекращение или существенное снижение его приема; оценить временную связь между отменой и появлением симптомов (УУР С, УДД 5).
2. Выявить признаки ААС: влечение к алкоголю, тремор, потливость, тошноту или рвоту, слабость, тахикардию или повышение АД, возбуждение, головную боль, тревогу, бессонницу, галлюцинации или иллюзии, судорожные припадки, депрессивные или дисфорические проявления.
3. Убедиться, что симптомы не объясняются соматическим заболеванием или другим психическим либо поведенческим расстройством.
4. Оценить CIWA-Ar и определить тяжесть: 0–8, 9–15 или 16 и более баллов; использовать шкалу повторно для контроля динамики и коррекции терапии (УУР С, УДД 4).
5. До лечения и в динамике провести соматический осмотр: оценить кожу и слизистые, склеры, мышечный тонус, сердце, печень и почки, АД, пульс, частоту дыхания и температуру; дополнить неврологическим обследованием с оценкой зрачков, нистагма, тремора, чувствительной и двигательной сфер, координации (УУР С, УДД 5).
6. До начала лечения выполнить общий и биохимический анализы крови и общий анализ мочи; биохимия включает, в частности, общий белок, АсАТ, АлАТ, гамма-ГТ, билирубин, альбумин, глюкозу, мочевину и креатинин (УУР С, УДД 5).
7. Всем пациентам до начала лечения провести регистрацию электрокардиограммы с расшифровкой, описанием и интерпретацией электрокардиографических данных (УУР С, УДД 5).
8. При тяжелом ААС дополнительно определить калий и натрий, а также кислотно-основное состояние и газы крови: pH, pCO_2, pO_2, HCO_3 и BE (УУР С, УДД 5; для исследования КОС — УДД 3).

Лечение

- При легком ААС регидратацию обычно проводят жидкостью и пероральными солевыми составами. При средней и тяжелой степени назначают инфузионную терапию растворами, влияющими на водно-электролитный баланс, до полной коррекции нарушений водно-электролитного обмена и КОС; типичный объем — 400–3000 мл/сут, скорость — не более 500 мл/ч (УУР С, УДД 5).
- Бензодиазепины назначают всем пациентам с ААС при наличии показаний и отсутствии противопоказаний; это терапия первой линии (УУР А, УДД 1). При symptom-triggered подходе при CIWA-Ar более 8–10 баллов вводят диазепам 5–10 мг; при 16 и более баллах оценку проводят каждые 10–15 минут и бензодиазепины вводят внутривенно. При 10–15 баллах осмотр проводят ежечасно, после стабилизации — каждые 4–6 часов.
- При фиксированной схеме диазепам назначают по 5–10 мг внутривенно или внутримышечно 4 раза в течение 2–3 дней, затем с 4-го по 7-й день снижают дозу на 25%; при тяжелом ААС возможно дополнительное введение. Максимальная суточная доза — 60 мг. У пожилых пациентов и при выраженной печеночной недостаточности предпочтительнее короткодействующие лоразепам или оксазепам.
- При недостаточном эффекте бензодиазепинов для коррекции тревоги, возбуждения, нарушений сна и неэпилептических судорог применяют барбитураты с осторожностью (УУР В, УДД 2); фенобарбитал используют в дозе 100–200 мг, максимальная суточная доза — 500 мг.
- Противоэпилептические препараты используют при судорожных приступах в анамнезе или эпилепсии, непереносимости либо парадоксальных реакциях на бензодиазепины (УУР А, УДД 2). Возможные схемы: карбамазепин 600–1200 мг в первый день с постепенным снижением до 200 мг к 5–9-му дню; вальпроевая кислота 750–900 мг/сут; при легком и среднем ААС габапентин начинают с 600 мг и повышают до 1600 мг/сут.
- Для профилактики энцефалопатии Гайе—Вернике назначают тиамин (УУР С, УДД 5): 100–500 мг/сут в течение 3–4 дней, затем продолжают прием внутрь до купирования ААС. Парентеральные формы по инструкции вводят внутримышечно; глюкоза вызывает истощение тиамина и повышает риск энцефалопатии.
- В остром периоде психотерапевтическое воздействие ограничено; основная задача — вовлечь пациента и удержать его в лечебной программе, а также информировать о дальнейшем лечении синдрома зависимости.
- Реабилитационные мероприятия начинают после купирования симптомов ААС и проводят в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению синдрома зависимости от алкоголя.
- В процессе лечения контролируют динамику психопатологических, соматовегетативных и неврологических нарушений, АД, частоту пульса и дыхания, температуру, лабораторные и инструментальные показатели, а также нежелательные явления. Эффективность оценивают по стабилизации психофизического состояния.

Когда направить и как наблюдать

- Направить в стационар пациента со средней или тяжелой степенью ААС, судорожными припадками либо отсутствием клинического эффекта от лечения амбулаторно или в дневном стационаре.
- Амбулаторное лечение допустимо при ААС легкой степени.
- Выписывать после устранения симптомов ААС при CIWA-Ar от 0 до 8 баллов.
- При обращении за специализированной помощью пациент должен быть осмотрен врачом-психиатром-наркологом; предварительный диагноз устанавливают в первые сутки, основной — в течение 3–7 суток с учетом обследования и динамического наблюдения.

Частые вопросы

Как отличить алкогольную абстиненцию от похмелья?

Для ААС характерна временная связь симптомов с прекращением или снижением употребления алкоголя после длительного или высокодозного приема. Важный специфичный признак — сильное желание выпить для облегчения состояния, сопровождаемое раздражительностью, дисфорией или внутренним напряжением.

При каком CIWA-Ar нужна активная медикаментозная терапия?

При 0–8 баллах состояние, как правило, не требует активного медикаментозного вмешательства; 9–15 баллов соответствуют средней тяжести, а 16 и более — тяжелому ААС с высоким риском делирия. Бензодиазепины применяют, когда CIWA-Ar превышает 8; при значениях более 8–10 баллов в тексте указано введение диазепама 5–10 мг.

Что является первой линией лечения ААС?

Производные бензодиазепина — препараты выбора для лечения ААС и профилактики тяжелых форм и осложнений. Для регидратации при легком ААС используют жидкость и пероральные солевые составы, а при средней и тяжелой степени обычно требуется инфузионная терапия.

Когда вместо CIWA-Ar используют RASS?

При тяжелом ААС CIWA-Ar может быть непригодна, в том числе у пациентов, которым необходимы интубация и искусственная вентиляция легких. В условиях интенсивной терапии для оценки возбуждения и глубины седации используют RASS.

Как назначают тиамин при ААС?

Тиамин назначают для профилактики энцефалопатии Гайе—Вернике: 100–500 мг/сут в течение 3–4 дней, затем продолжают прием внутрь до купирования ААС. Парентеральные формы по инструкции вводят внутримышечно.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/784-psihicheskie-i-povedencheskie-rasstrojstva-vyzvannye-upotrebleniem. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/784_1