Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя Синдром зависимости от алкоголя

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: F10.2 · Общественная организация "Российское общество психиатров"

Синдром зависимости от алкоголя (СЗА, F10.2) — хроническое рецидивирующее состояние, при котором алкоголь занимает ведущее место в системе ценностей и формируются стойкие психические, соматоневрологические и социальные нарушения. Рекомендация описывает клиническую диагностику, медикаментозную и психотерапевтическую помощь, реабилитацию и маршрутизацию пациентов.

Главное

- Диагноз СЗА устанавливают клинически: нужны не менее 3 признаков, возникавших в течение определенного времени на протяжении года, включая патологическое влечение, утрату контроля, абстинентный синдром, рост толерантности, поглощенность употреблением или продолжение приема несмотря на вред.
- В МКБ-10 код F10.2 уточняют двумя знаками: пятый отражает текущий характер употребления или воздержания, шестой — стадию СЗА: 1-я, 2-я, 3-я или неизвестная.
- СЗА выделяют три стадии. На третьей стадии снижается толерантность, быстро наступают оглушение и сопор, нарастают психоорганические и соматоневрологические нарушения.
- Лечение комплексное и длительное: его цели — поддерживать трезвость и предупреждать рецидивы, уменьшать патологическое влечение, предотвращать осложнения алкоголя и лечить коморбидные психические расстройства.
- Психотерапия обязательна для формирования и стабилизации ремиссии; к методам с доказанной эффективностью относятся личностно-ориентированная, мотивационная и когнитивно-поведенческая психотерапия (УУР В, УДД 1).
- Всех пациентов с диагнозом СЗА следует включать в лечебно-реабилитационную программу для формирования и стабилизации ремиссии (УУР В, УДД 1); важны достаточная продолжительность мероприятий и преемственность стационарной и амбулаторной помощи.
- Всех пациентов, получивших стационарную и/или амбулаторную наркологическую помощь, направляют на дальнейшую реабилитацию с последующим диспансерным наблюдением врача-психиатра-нарколога.

Диагностика

1. Целенаправленно выяснить количество, частоту, характер, типичные условия и обстоятельства употребления алкоголя, субъективно воспринимаемые преимущества и/или негативные последствия приема, патологическое влечение, безуспешные попытки или постоянное желание сократить употребление и способность контролировать его (УУР С, УДД 5). При необходимости использовать сведения семьи и медицинскую документацию.
2. Сопоставить анамнез с шестью диагностическими признаками и установить СЗА при наличии минимум трех из них, возникавших в течение года.
3. До начала лечения оценить соматическое состояние: кожу и слизистые, мышечный тонус, температуру, печень и почки, сердце, артериальное давление, пульс и частоту дыхания; обследование проводить также в динамике (УУР С, УДД 5).
4. Провести неврологический осмотр с оценкой нистагма, тремора, чувствительной и двигательной сфер, статической и динамической координации (УУР С, УДД 5).
5. До лечения выполнить общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи для выявления сопутствующей патологии и оценки безопасности терапии (УУР С, УДД 5). В неясных случаях у взрослых для подтверждения хронического употребления высоких доз исследовать CDT вместе с гамма-ГТ или определить размеры эритроцитов (MCV) (УУР В, УДД 2).
6. До начала лечения зарегистрировать ЭКГ с расшифровкой и интерпретацией (УУР С, УДД 5).

7. По показаниям провести психодиагностическое исследование и установить степень тяжести актуального состояния с учетом клинических, инструментальных, лабораторных и психодиагностических данных для выбора терапевтической тактики (УУР С, УДД 5).

Лечение

- Проводить медикаментозное и психотерапевтическое лечение с последующей оценкой результата. Поддерживающая терапия при хроническом рецидивирующем течении может продолжаться несколько лет; эффективность медикаментов оценивают по стабилизации психофизического состояния.
- Дисульфирам взрослым назначают для стабилизации ремиссии при показаниях и отсутствии противопоказаний (УУР В, УДД 1). Препарат начинают только после купирования ААС; средняя поддерживающая доза — 250 мг/сут, при побочных эффектах ее можно снизить до 125 мг. Каждые 3–6 месяцев контролируют общий анализ крови и функцию печени; препарат не назначают беременным и пациентам без мотивации к полному отказу от алкоголя.
- Цианамид используют у взрослых как альтернативу дисульфираму после купирования ААС: 12–25 капель (36–75 мг) 2 раза в сутки с интервалом 12 часов; курс — 3–6 месяцев и дольше (УУР В, УДД 2).
- Налтрексон применяют для стабилизации ремиссии: внутрь 25 мг в первые 4–5 дней, затем 50 мг/сут, не менее 3 месяцев (УУР А, УДД 1). Пролонгированную внутримышечную форму вводят по 380 мг 1 раз в месяц; лечение продолжают 3–6 месяцев с решением о продлении.
- Налмефен назначают взрослым с высоким риском злоупотребления, если нет физических проявлений ААС и необходимости немедленной детоксикации, когда целью является снижение употребления (УУР В, УДД 1). Принимают 18 мг за 1–2 часа до предполагаемого употребления алкоголя, максимум 18 мг/сут; прогресс и переносимость оценивают ежемесячно, курс не превышает 12 месяцев.
- Антидепрессанты используют при тревоге и депрессивных расстройствах в структуре ПВА или при коморбидной аффективной патологии (УУР В, УДД 2; при неалкогольных депрессивных и тревожных расстройствах — УУР А, УДД 1). Примеры доз: флуоксетин 20–60 мг/сут, сертралин 50–200 мг/сут, флувоксамин 50–200 мг/сут, пароксетин 10–50 мг/сут; лечение антидепрессантами проводят не менее 3–6 месяцев.
- Противоэпилептические препараты могут применяться при внутренней напряженности, раздражительности, дисфории и ангедонии в структуре ПВА (УУР А, УДД 1), но назначение оценивают по принципу «риск–польза» из-за неоднозначных результатов исследований. У взрослых в исследованиях использовали карбамазепин 600–800 мг/сут, вальпроевую кислоту 450–900 мг/сут, окскарбазепин 600–1800 мг/сут.
- Антипсихотики не являются базовой терапией СЗА и применяются только кратковременно и по строгим показаниям — при психомоторном возбуждении, ажитации, агрессии, импульсивности и нарушениях поведения (УУР С, УДД 5). Средняя продолжительность курса — 2–3 недели, обычно не более 4–6 недель; используют минимальную эффективную дозу.
- Психотерапию проводят всем пациентам для мотивации к лечению, отказа от алкоголя, профилактики рецидива и социальной реинтеграции; у пациентов младше 18 лет акцент делают на психосоциальной и семейной терапии.
- После стационарной или амбулаторной наркологической помощи пациента направляют в лечебно-реабилитационную программу.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать при обострении влечения к алкоголю или других психопатологических расстройств после купирования ААС, необходимости специальных исследований для дифференциальной диагностики либо отсутствии эффекта амбулаторной терапии и лечения в дневном стационаре.
- Амбулаторное лечение показано при обострении влечения или иных психопатологических расстройств без предшествующего срыва ремиссии.
- Выписывать после устранения проявлений ПВА и/или других психопатологических расстройств.
- Стационарный курс лечения продолжается до стабилизации психофизического состояния и в среднем длится 14–21 сутки.
- Всех пациентов, получивших стационарную или амбулаторную наркологическую помощь, направлять на дальнейшую реабилитацию с последующим диспансерным наблюдением врача-психиатра-нарколога.

Частые вопросы

Сколько признаков нужно для диагноза СЗА?

Не менее трех из шести признаков, возникавших в течение определенного времени на протяжении года: патологическое влечение, утрата контроля, отмена, рост толерантности, поглощенность употреблением или продолжение приема несмотря на вред.

Может ли CDT подтвердить синдром зависимости?

Нет. Лабораторные маркеры помогают выявить хроническое употребление высоких доз алкоголя, но сами по себе не устанавливают диагноз СЗА. Уровень CDT более 1,7% расценивают как показатель злоупотребления; диапазон 1,3–1,6% требует повторного исследования через 3–4 недели.

Когда можно назначать дисульфирам и в какой дозе?

Только после купирования ААС, при наличии показаний, отсутствии противопоказаний и мотивации к полному отказу от алкоголя. Средняя поддерживающая доза — 250 мг/сут; при побочных эффектах ее можно снизить до 125 мг.

Как назначают налтрексон при СЗА?

Перорально начинают с 25 мг в течение 4–5 дней, затем переходят на 50 мг/сут; минимальная длительность приема — 3 месяца. Пролонгированную внутримышечную форму применяют по 380 мг 1 раз в месяц.

Когда пациента с СЗА госпитализируют?

Показания — обострение влечения или других психопатологических расстройств после купирования ААС, необходимость специальных исследований для дифференциальной диагностики и отсутствие эффекта амбулаторного лечения или лечения в дневном стационаре.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/899-psihicheskie-i-povedencheskie-rasstrojstva-vyzvannye-upotrebleniem. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/899_1