

РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НОВЫХ ВЕЩЕСТВ С ПСИХОАКТИВНЫМИ И СТИМУЛИРУЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ У ВЗРОСЛЫХ И ПОДРОСТКОВ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

НКП-399

КИШИНЭУ, 2022

Утверждено на заседании Экспертного совета Минздрава
от 23.02.2022, протокол № 2

Утверждено приказом Министерства здравоохранения
Республики Молдова № 314 от 31.03.2022

Об утверждении Национального клинического протокола
«Расстройства, связанные с употреблением новых веществ
с психоактивными и стимулирующими свойствами
у взрослых и подростков»

СОДЕРЖАНИЕ

КРАТКИЙ ОБЗОР РЕКОМЕНДАЦИЙ	5
СОКРАЩЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ДОКУМЕНТЕ	9
ПРЕДИСЛОВИЕ	11
ВВОДНАЯ ЧАСТЬ	12
А.1. Диагностика. Расстройства, связанные с потреблением новых веществ с психоактивными и стимулирующими свойствами	10
А.2. Код болезни (СІМ 10): F 11 -, F 15-, F19-	10
А.3. Потребители	10
А.4. Цели протокола	10
А.5. Разработано: 2021	13
А.6. Редакция: 2026	13
А.7. Список и контактные данные лиц, принимавших участие в разработке	13
А.8. Список структур/руководителей, которые рассмотрели и утвердили НКП	13
А.9. Определения, используемые в документе	14
А.10. Эпидемиологическая информация	18
В. ОБЩАЯ ЧАСТЬ	21
В.1. Уровень первичной медицинской помощи	21
В.2. Уровень неотложной доврачебной помощи	22
В.3. Уровень специализированной амбулаторно-поликлинической помощи (нарколог в районной больнице и РНД, психиатр в общинном центре психического здоровья, государственные и частные реабилитационные службы)	23
В.4. Уровень больничной медицинской помощи - наркологические и психиатрические отделения районных и городских больниц, ОНП	25
С.1. АЛГОРИТМ ПОВЕДЕНИЯ	27
С.1.1. Общий алгоритм поведения пациента	27
С.1.2. Алгоритм вмешательств на разных уровнях системы здравоохранения	28
С.1.3. Универсальный подход для лиц, склонных к злоупотреблению психоактивными веществами	29
С.1.4. Общественная модель по работе с лицами, склонными к злоупотреблению психоактивными веществами	29
С.1.5. Алгоритм мотивационного интервью	30
С.1.6. Алгоритм оказания неотложной помощи при острых интоксикациях и передозировках НПВ и стимуляторов	31
С.2. ОПИСАНИЕ МЕТОДОВ, ПРИЕМОВ И ПРОЦЕДУР	31
С.2.1.1. Клиническая классификация	31
С.2.2. Профилактика	34
С.2.2.1. Факторы риска	34
С.2.2.2. Скрининг	36

С.2.3. Поведение пациента	38
С.2.3.1. Анамнез	39
С.2.3.2. Клинические проявления	40
С.2.3.2.1. НВПС с основным стимулирующим эффектом	40
С.2.3.2.2. МДМА и НВПС с похожими «ЭМПАТОГЕННЫМИ ЭФФЕКТАМИ»	41
С.2.3.2.3. Синтетический катинон	43
С.2.3.2.4. Метамфетамин	45
С.2.3.2.5. Галлюциногенные и синтетические агонисты канабиноидных рецепторов (SCRA)	48
С.2.3.2.6. Синтетические агонисты канабиноидных рецепторов	51
С.2.3.3. Параклинические исследования	54
С.2.3.4. Дифференциальная диагностика (обязательная)	55
С.2.3.5. Прогноз	58
С.2.3.6. Критерии госпитализации	58
С.2.3.7. Критерии перевода с одного уровня медицинской помощи на другой	59
С.2.3.8. Лечение	61
С.2.3.8.1. Немедикаментозное лечение	61
С.2.3.8.2. Медикаментозное лечение	64
С.2.3.9. Эволюция	69
С.2.3.10. Надзор	71
С.2.3.11. Реабилитация – Психосоциальное восстановление	72
С.2.4. Чрезвычайные ситуации	74
D. ЛЮДСКИЕ РЕСУРСЫ И МАТЕРИАЛЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЙ ПРОТОКОЛА	77
E. ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА ВЫПОЛНЕНИЕМ ПОЛОЖЕНИЙ НКП	80
ПРИЛОЖЕНИЯ	82
<i>Приложение 1. Унифицированная форма медицинского освидетельствования</i>	82
<i>Приложение 2. Руководство для потребителей</i>	84
<i>Приложение 3. Тест ASSIST 11</i>	87
<i>Приложение 4. Тест DAST – 10</i>	92
<i>Приложение 5. Руководство по индивидуальному проведению первоначальной оценки</i>	93
<i>Приложение 6. Информационный листок. Новые вещества с психоактивными свойствами</i>	99
<i>Приложение 7. Инструмент оценки процесса лечения</i>	101
<i>Приложение 8. Уровни учета и степени рекомендаций</i>	104
БИБЛИОГРАФИЯ	105

КРАТКИЙ ОБЗОР РЕКОМЕНДАЦИЙ

1. Психоактивные вещества употребляются в различных целях: потребление, развлечения, лечения, а также отмечается и злоупотребление (зависимость).
2. **Рекреационные наркотики** относятся к группе психоактивных веществ, обычно потребляемых в местах, предназначенных для проведения танцевальных, частных вечеринок, музыкальных фестивалей, а иногда и в сексуальном контексте. Термин описывает разнообразную группу веществ с различным действием.
3. Новые психоактивные вещества со стимулирующим действием могут оказывать различное воздействие на центральную нервную систему и могут быть отнесены к различным категориям, традиционно определяемыми UNODC/TeatNet, как **депрессанты** (склонные к замедлению активности центральной нервной системы (ЦНС), что часто приводит к тому, что пользователь чувствует меньше боли, становится более расслабленным и сонным; некоторые депрессанты могут вызывать эйфорию: алкоголь, каннабис, опиаты, бензодиазепины, летучие вещества и др.), **галлюциногены** (обладают способностью изменять сенсорные восприятия потребителя путем искажения сообщений, передаваемых в ЦНС. Типичный пример включает понятие «трипа», такие как ЛСД, мескалин, галлюциногенные грибы) и **стимуляторы** (способствующие ускорению деятельности ЦНС человека, в том числе головного мозга: никотин, кофеин, псевдоэфедрин, амфетамин, кокаин) и прочие (в группу «прочие» входят психоактивные вещества, не попадающие ни в одну другую категорию, в том числе: МДМА, синтетические катиноны, синтетические каннабиноиды, летучие вещества – масла, газы, краски).
4. Новые вещества с психоактивными свойствами (НВПС) — это «вещества, употребляемые в целях злоупотребления, либо в чистом виде, либо в виде препарата, которые не регулируются Единой конвенцией о наркотиках 1961 года или Конвенцией о психотропных веществах 1971 года, но которые могут представлять угрозу общественному здоровью» (Управление Организации Объединенных Наций по борьбе с наркотиками и преступностью (УНП ООН)). НВПС были разработаны для имитации эффектов существующих контролируемых препаратов. Первоначально они были разработаны как «легальные» заменители запрещенных наркотиков, подлежащих контролю, таких как каннабис, героин, кокаин и МДМА.
5. Стимуляторы относятся к разным категориям химических веществ и обладают разным фармакологическим действием. Они стимулируют центральную нервную систему, повышая активность основных нейротрансмиттеров, таких как норадреналин, дофамин и серотонин, увеличивая одновременное высвобождение и/или ингибируя обратный захват этих химических веществ. Стимуляторы в целом оказывают энергетическое действие и вызывают повышенную импульсивность.
6. Полинаркомания: потребители рекреационных наркотиков и НВПС обычно используют один широкий спектр веществ одновременно. Одновременный прием более одного вещества (одновременное потребление), включая алкоголь, повышает риск развития побочных эффектов.
7. Абстинентный синдром: патологическое морфофункциональное состояние, непосредственно связанное с употреблением наркотиков, которое возникает, когда зависимый потребитель отказывается от своих обычных доз. Если зависимость сильная, абстиненция может проявляться в бурных формах. Во время отмены отмечаются: артериальная гипертензия, сердцебиение, сильная потливость, боли в мышцах, боли в суставах, головная боль, головокружение, рвота, психомоторное возбуждение, судороги, тревога, бессонница, психологический и физический дискомфорт и др.

8. Детоксикация: краткосрочное медицинское вмешательство, является первым этапом фармакологического лечения зависимости. Целью является удаление из организма остатков употребленного наркотика, уменьшение и купирование морфофункциональных симптомов абстиненции, улучшение самочувствия и снижение патологической потребности в потреблении.
9. Заместительная терапия, фармакотерапия или вспомогательное медикаментозное лечение: включает лечение, при котором запрещенный наркотик заменяется разрешенным веществом с аналогичными свойствами, принимаемый с целью стабилизации физических и психических функций пациента и снижения рисков и антиобщественного поведения в результате употребления запрещенных наркотиков.
10. На сегодняшний день выявлено 72 фактора риска употребления психоактивных веществ и зависимости. К ним относятся бедность, расизм, социальная дисфункция, дисфункциональные семьи, плохое воспитание и образование и группы злоупотребляющих сверстников. Эти факторы риска, а также другие экзистенциальные и генетические факторы влияют только на первоначальное решение человека об употреблении наркотических веществ.
11. Скрининг на определение степени зависимости должен проводиться всем потребителям при консультативных визитах и консультациях в рамках комиссий по наркологической экспертизе.
12. Профилактика потребления должна быть подкреплена теорией на трех уровнях: относительно содержания принимаемых мер; методика и дидактика их выполнения; и способы их применения на практике (Pentz, 2003).
13. Мультидисциплинарная оценка лиц употребляющих НВПС и стимуляторы включает оценку: нарколога; психиатра; психолога; социального работника; равноправного сотрудника.
14. Лабораторные исследования и психологические тесты на НВПС и стимуляторы: Эти вещества не определяются традиционными экспресс-тестами. В настоящее время также отсутствуют методы ХТИ (химико-токсикологические исследования) для выделения этих веществ из биологической среды человека, хотя наиболее подходящими для этой задачи следует считать методы ГХ-МС и тандемную масс-спектрометрию.
15. Нейропсихологические тесты: Тест DAST-10 – предназначен для оценки риска наркомании. CRAFT-тест – оценивает риск зависимости от алкоголя и других психоактивных веществ. Тест ASSIST - скрининг-тест (ВОЗ ASSIST 11) для выявления зависимости от алкоголя, табачных изделий и других веществ.
16. В процессе диагностики следует учитывать другие расстройства и состояния со схожими или идентичными проявлениями, чтобы исключить их или включить в качестве сопутствующих психических расстройств (двойной диагноз), расстройств настроения, шизофрении, бредовое расстройство, биполярное расстройство - маниакальный синдром, истерическое расстройство, последствия черепно-мозговой травмы.
17. Потребление НВПС и стимуляторов имеет прогрессивное развитие и зависит от типа и разнообразия вмешательства. В краткосрочной перспективе прогноз относительно благоприятный, учитывая улучшение социальной функциональности после ремиссии симптомов во время эпизода потребления. Отдаленный прогноз зависит от фармакологического лечения и методов психосоциальной реабилитации, которые приводят к повышению качества жизни, адаптации и психосоциальной интеграции.
18. Критерии госпитализации в отделения интенсивной терапии и реанимации пациентов употребляющих новые вещества с психоактивными и стимулирующими свойствами: пациент с признаками представляющими опасность для жизни - декомпенсация жизненных функций в случаях: передозировки, острой интоксикации и др., тяжелое состояние после попытки суицида.

19. В случае потребления НВПС медицинская помощь оказывается на следующих уровнях системы здравоохранения: ПМП, амбулаторная медицинская помощь, наркологические отделения РНД и психиатрических больниц (для взрослых и подростков), территориальный наркологический кабинет, ОЦПЗ, РНД и поддержка сообщества.
20. Задачи немедикаментозного лечения: создание условий, благоприятствующих применению медикаментозного лечения; ремиссия/прекращение и/или снижение потребления НВПС и стимуляторов; снижение рисков, связанных с применением НВПС и стимуляторов; улучшение физического, социального, психологического и духовного состояния больного; профилактика рецидивов.
21. Поддержка и забота о потребителях НВПС и стимуляторов направлены на снижение рисков, связанных с активными потребителями, которые будут включать: программы расширения презервативов, лубрикантов и программы пропаганды безопасного секса; обмен шприцев; услуги по тестированию на ВИЧ; антиретровирусная терапия (АРТ); научно обоснованные психосоциальные вмешательства и лечение зависимости; профилактика, диагностика и лечение ИППП, гепатита и туберкулеза (ТБ); информация, образование и общение (ИОО) для потребителей наркотиков и их сексуальных партнеров; профилактика и лечение передозировок и острых интоксикаций.
22. Управление непредвиденными обстоятельствами — это вмешательство, направленное на устранение или изменение определенного поведения, связанного с употреблением психоактивных веществ, путем использования позитивных процедур консолидации или вознаграждений (денежных и неденежных). Управление непредвиденными обстоятельствами основано на принципах обуславливания, показывающих, что со временем вознаграждаемое поведение, вероятно, станет доминирующим.
23. До сих пор не существует эффективной фармакотерапии нарушений связанных с употреблением НВПС и стимуляторов, но эта тема интенсивно исследуется. Из-за различий в нейрехимии лекарств есть веские основания полагать, что для лечения этих форм употребления стимуляторов и НВПС могут потребоваться разные фармакотерапевтические методы. Однако, поскольку эти вещества оказывают сходное воздействие на уровень дофамина в головном мозге, лечение расстройств, связанных с употреблением кокаина, также изучается для лечения НВПС и употребления стимуляторов.
24. Показана эффективность антидепрессантов при лечении кокаиновой зависимости, в том числе таких препаратов как Флуоксет, Мапротилин и Гепирон. Из-за сильно выраженного воздействия кокаина на дофаминовую систему были исследованы различные дофаминергические соединения, в том числе Амантадин, Бромокриптин, Бупропион, Флупентиксол, Карбидопа, Мазиндол, Метилфенидатум и Тирозин.
25. У потребителей НВПС и стимуляторов может быстро развиться толерантность к желаемому эффекту потребляемого вещества, и они могут ощущать меньший эффект с каждой дозой, что может заставлять их принимать все более и более высокие дозы. Кроме того, потребление более высоких и повторных доз может вызвать беспокойство, раздражительность и общий дискомфорт.
26. Острые эффекты употребления НВПС и стимуляторов: передозировка; гипертермия; серотониновый синдром; кардиотоксичность; другие непредвиденные осложнения.
27. Хронические эффекты: стойкие расстройства восприятия; компульсивные инъекции («марафон»), сопровождающиеся риском заражения ВИЧ, вирусными гепатитами, ИППП; абсцессы; бессонница; суицидальные попытки; компульсивное сексуальное поведение, химсекс.
28. Длительное употребление НВПС и стимуляторов может привести к различным психологическим симптомам, а также к поведенческим и физическим изменениям. Долгосрочный эффект от употребления стимуляторов может заключаться в развитии толерантности и абстинентного синдрома, в случае воздержания от употребления. Это также может привести к различным физическим, психическим, неврологическим и нейрокогнитивным эффектам.

29. Осложнения при применении НВПС бывают психологическими и неврологическими, а также отмечаются другие медицинские проблемы: тяжелые стоматологические проблемы (остеомиелит нижней челюсти); тяжелые аллергические реакции в месте инъекции, а также сердечные инфекции вследствие инъекции метамфетамина; серьезные респираторные осложнения, в том числе пневмония, кровотечение и дыхательная недостаточность в результате курения и других легочных заболеваний; раны лица и тела от царапин, иногда приводящие к инфекциям; чрезмерная потеря веса и недоедание; инфекции, передающиеся половым путем, а также поражение почек и печени.
30. Осложнения у женщин: при применении во время беременности психостимуляторы повышают риск преждевременной отслойки плаценты и кровотечения, преждевременных родов, врожденных пороков (в том числе пороков сердца), кровотечений и инсульта плода.
31. Поддерживающее лечение: Основное внимание должно уделяться долгосрочному управлению зависимостями, поэтому лица с расстройствами связанными с потреблением НВПС и стимуляторов нуждаются в пожизненных медицинских и психосоциальных вмешательствах, интенсивность которых должна соответствовать тяжести симптомов и ситуации (активное потребление или ремиссия).
32. Профилактическая помощь направлена к предотвращению рецидивов и социальную интеграцию пациента.
33. Программы психосоциальной поддержки, адресованные потребителям НВПС и стимуляторов, в виде укрепления личной жизнестойкости, создания поддерживающей среды, психобразования и т.д.

СОКРАЩЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ДОКУМЕНТЕ

ABCDE	Алгоритм первичного обследования ABCDE (оценка и первоначальное лечение: дыхательные пути, вентиляция, циркуляция, неврология, воздействие окружающей среды) (англ.: Initial assessment and treatment: Airways, Breathing, Circulation, Disability, Exposure)
ПМП	Первичная медицинская помощь
АМТ	Альфа-метилтриптамин
НДП	Неотложная доврачебная помощь
АРТ/АРВ	Антиретровирусное лечение
ОЦПЗ	Общественный центр психического здоровья
НЦНДП	Национальный центр неотложной доврачебной помощи
КБН	Каннабинол
ПИН	Потребитель инъекционных наркотиков
АПД	Переносчик дофамина (англ.: dopamine transporter (также dopamine active transporter))
ОНМП	Отделение неотложной медицинской помощи
РНД	Республиканский наркологический диспансер Министерства здравоохранения, www.imspdrn.md
ОКПЗ	Общинная Команда Психического здоровья
ESPAD	Европейский школьный исследовательский проект по алкоголю и другим наркотикам (англ.: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)
МЗТ	Метадоновая заместительная терапия
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
НРРД	Стойкое расстройство восприятия, вызванное галлюциногенами (англ.: halucinogen persisting perception disorders)
АГ	Артериальная гипертензия
IBBS	Комплексное биоповеденческое исследование (англ.: Integrated Bio-Behavioral Surveillance Survey)
ИОО	Информация, образование, общение
ИМАО	Ингибиторы моноаминоксидазы
ГМСУ	Государственное медико-санитарное учреждение
ИОЗСН	ингибиторы обратного захвата серотонина-норадреналина
СИОЗС	селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
ЗППП	Заболевания, передающиеся половым путем
КАР	Модель опроса КАР (знания, отношения и практики) англ.: The KAP Survey Model (Knowledge, Attitudes, and Practices)
ЛСД	Диэтиламид лизергиновой кислоты (англ.: lysergic acid diethylamide)
МВД	Министерство внутренних дел Республики Молдова www.mai.gov.md

МДМА	Метилендиоксиметамфетамин
МЗ	Министерство здравоохранения Республики Молдова, www.ms.gov.md
NIDA	Национальный институт по борьбе с злоупотреблением наркотиками (англ.: National Institute on Drug Abuse)
NOS	Диагноз расстройства личности, неуточненный иначе (англ.: personality disorder not otherwise specified)
EMCDDA	Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости (англ.: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA)
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
КПП	Когнитивно-поведенческая психотерапия
ЛУИН	лицо, употребляющее инъекционные наркотики
ПМА	Пара-метоксиамфетамин
ПП	Постконтактная профилактика ВИЧ
ПВВ	Потенциал визуального воспроизведения
ПБНТ	Программа борьбы с наркоманией и токсикоманией
ПрЕП	Предэкспозиционная профилактика ВИЧ
СК	Синтетические каннабиноиды
РКИ	Рандомизированное клиническое исследование
SCRA	Синтетические агонисты каннабиноидных рецепторов (англ.: synthetic cannabinoid receptor agonists)
SERT	Транспортер серотонина (англ.: serotonin transporter)
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ЦНС	Центральная нервная система
НВПС	Новые вещества с психоактивными свойствами
ПАВ	Психоактивные вещества
ОНП	Отделение неотложной помощи
АД	Артериальное давление
ТБ	Туберкулез
КТП	Когнитивно-поведенческая терапия
ТГК	Дельта-9-тетрагидроканнабинол
UBRAF	Единые принципы бюджета, результатов и подотчетности (англ.: Unified Budget, Results and Accountability Framework)
ЮНЭЙДС	Совместная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (англ.: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)
УНП ООН	Агентство ООН по наркотикам и преступности (англ.: United Nations Office on Drugs and Crime)
ППСП	Приемный пункт скорой помощи
ГУМФ	Государственный университет медицины и фармации им. Николае Тестемицану

ПРЕДИСЛОВИЕ

Данный протокол разработан рабочей группой Министерства здравоохранения Республики Молдова, состоящей из специалистов кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Государственного университета медицины и фармации им. Николае Тестемицану, Республиканского наркологического диспансера, в сотрудничестве с международными организациями и неправительственными организациями, действующими в этой области.

Национальный клинический протокол разработан в соответствии с действующими международными рекомендациями по опиатной наркомании у взрослых и подростков и послужит основой для разработки институциональных клинических протоколов в зависимости от реальных возможностей каждого учреждения. По рекомендации Минздрава для мониторинга институциональных протоколов могут использоваться дополнительные формы, не вошедшие в Национальный клинический протокол. В то же время данный Протокол был доработан специалистами УНП ООН и ЮНЭЙДС.

Национальный клинический протокол был разработан рабочей группой при поддержке экспертов Агентства ООН по борьбе с наркотиками и преступностью (УНП ООН) в Молдове, а также специалистов Европейского центра мониторинга наркотиков и наркозависимости (EMCDDA). Разработка Протокола осуществлялась при финансовой поддержке из Единого бюджета и структуры ответственности UBRAF ЮНЭЙДС Молдова 2020.

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

А.1. Диагностика. Расстройства, связанные с потреблением новых веществ с психоактивными и стимулирующими свойствами

Примеры клинического диагноза:

1. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. F11
2. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов, в том числе кофеина. F 15
3. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением нескольких наркотиков или других психоактивных веществ. F 19.

А.2. Код болезни (СІМ 10): F 11-, F 15-, F19-.

А.3. Пользователи

1. Поставщики первичной медико-санитарной помощи;
2. Поставщики догоспитальной неотложной медицинской помощи (сервисные бригады НЦМП);
3. Поставщики амбулаторной специализированной помощи – наркологические кабинеты в консультативных отделениях районных больниц; общинные центры психического здоровья (психиатры, психотерапевты, психологи, медсестры, социальные работники);
4. Поставщики специализированной больничной медицинской помощи – отделения наркологии; психиатрические отделения в больницах общего профиля (городских, районных); психиатрические больницы (психиатры, ординаторы);
5. Центры кризисного вмешательства (психиатры, психотерапевты, токсико-реаниматологи, реаниматологи, психологи, медицинские сестры).
6. Общественные объединения, активно работающие в сфере снижения рисков, связанных с употреблением наркотиков и оказания психосоциальной помощи потребителям наркотиков и наркозависимым.
7. Долгосрочные реабилитационные программы - государственные и частные (терапевтические сообщества и др.).

Примечание: При необходимости протокол может быть использован другими специалистами.

А.4. Цели протокола

1. Облегчение процесса диагностики расстройств, связанных с употреблением новых веществ с психоактивными и стимулирующими свойствами.
2. Повышение качества ведения, лечения и качества жизни пациентов с расстройствами, связанными с потреблением.
3. Раннее выявление больных с нарушениями, связанными с употреблением новых веществ с психоактивными и стимулирующими свойствами.
4. Повышение эффективности профилактики рецидивов, работы по семейной, социальной и коллективной реинтеграции за счет повышения качества фармакологического лечения метадоном.
5. Улучшение здоровья потребителей наркотиков и поддержка воздержания от наркотиков.
6. Сокращение количества смертей от передозировки наркотиков среди потребителей инъекционных наркотиков.
7. Улучшение здоровья потребителей наркотиков и поддержка состояния воздержания от наркотиков, предотвращение развития инвалидности и стигматизации как следствие социального дезадаптирующего эффекта у больных с расстройствами, связанными с употреблением новых веществ с психоактивными и стимулирующими свойствами.

А.5. Разработано: 2021 г.

А.6. Редакция: 2026 г.

А.7. Список и контактные данные лиц, принимавших участие в разработке

Имя Фамилия	Структура, выполняемая функция
Инна Ткач	Координатор программ Агентства ООН по борьбе с наркотиками и преступностью;
Жана Кихай	Доктор медицинских наук, заведующая кафедры психиатрии, наркологии, медицинской психологии ГУМФ «Николае Тестемицану», член специализированной комиссии Министерства здравоохранения по психиатрии;
Тудор Васильев	Директор ГМСУ «Республиканский наркологический диспансер», председатель комиссии МЗ по наркотикам и наркозависимости;
Ала Яцко	Президент Союза по профилактике и снижению риска ВИЧ;
Лилия Федорова	Нарколог-психиатр, ГМСУ Республиканский наркологический диспансер;
Анжела Анисей	Начальник Отдела управления качеством медицинских услуг, Национальное агентство общественного здоровья

А.8. Список структур/руководителей, которые рассмотрели и утвердили НКП

Название структуры	Имя, фамилия, занимаемая должность
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГУМФ “Николае Тестемицану”	Анатолий Наку , доктор хаб. мед.наук, профессор университета, заведующий кафедрой
Научно-методическая комиссия по «Нейронаукам»	Станислав Гроппа , доктор хаб. мед.наук, профессор университета, академик АНМ, председатель комиссии
Комиссия специалистов МЗ по фармакологии и клинической фармакологии	Николае Бачински , доктор хаб. мед.наук, профессор университета, председатель комиссии
Комиссия специалистов МЗ по лабораторной медицине	Анатолий Вишневецкий , доктор хаб. мед. наук, профессор университета, председатель комиссии
Комиссия МЗ по семейной медицине	Геннадий Курочкин , доктор хаб. мед.наук, профессор университета, председатель комиссии
Национальный центр догоспитальной неотложной медицинской помощи	Татьяна Бичик , заместитель директора
Агентство лекарственных средств и медицинских изделий	Драгош Гуцу , генеральный директор
Национальная медицинская страховая компания	Юрие Осояну , заместитель генерального директора
Экспертный совет МЗ	Аурел Гросу , доктор хаб. мед.наук, профессор, председатель совета

Рецензенты:

Имя Фамилия	Структура, выполняемая функция
<i>Светлана Плэмэдялэ</i>	Национальный менеджер ЮНЭЙДС в Молдове
<i>Лилиана Герман</i>	Директор Департамента общественного здравоохранения, Фонд Сороса в Молдове
<i>Анатолий Наку</i>	доктор хаб. мед.наук, профессор университета, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, медицинской психологии, ГУМФ «Николае Тестемицану»
<i>Ион Кошчуг</i>	д.мед.н., доцент, кафедра психиатрии, наркологии, медицинской психологии, ГУМФ «Николае Тестемицану»

Национальный клинический протокол «Расстройства, связанные с употреблением новых веществ с психоактивными и стимулирующими свойствами у взрослых и подростков» консультировался с комитетом КАР, членами ТРГ по ВИЧ СКК ВИЧ, ТБ и ИППП, сообществом потребителей наркотиков ПУЛЬС.

А.9. Определения, используемые в документе

В потреблении психоактивных веществ мы различаем три способа и цели потребления: в рекреационных целях, в медицинских целях и злоупотребление (зависимость).

Рекреационные наркотики относятся к группе психоактивных веществ, обычно потребляемых в местах, предназначенных для танцев, на частных вечеринках, в рамках музыкальных фестивалей, а иногда и в сексуальном контексте. Термин описывает разнообразную группу веществ с различным действием.

В плане диагностики используются:

- Международная классификация болезней МКБ-10,
- Классификация Американской психиатрической ассоциации, DSM-V,
 1. Угнетающего действия (депрессанты): алкоголь, бензодиазепины, опиоиды, летучие вещества, барбитураты, каннабиноиды (низкие дозы).
 2. Стимулирующего действия (стимуляторы): амфетамин, метамфетамин, кокаин, никотин, кат, кофеин, МДМА (метилендиоксиметамфетамин), экстази.
 3. Галлюциногены (вещества, обладающие свойством вызывать расстройства восприятия): ЛСД, диметилтриптамин, мескалин, фенциклидин, кетамин, каннабиноиды (высокие дозы), галлюциногенные грибы, МДМА и др.
 4. Синтетические агонисты каннабиноидных рецепторов.

Одним из наиболее распространенных и успешно используемых способов классификации наркотиков является их влияние на центральную нервную систему человека. Мозг является самой крупной частью центральной нервной системы, и здесь психотропный препарат оказывает основное действие. Новые психоактивные вещества со стимулирующим действием могут оказывать различное воздействие на центральную нервную систему и могут быть отнесены к различным категориям, традиционно предлагаемым UNODC/TeatNet, такие как вещества **депрессанты** способствующие замедлению активности центральной нервной системы (ЦНС), что часто приводит к тому, что человек чувствует меньше боли, более расслаблен и сонлив; депрессанты могут вызывать эйфорию: *алкоголь, каннабис, опиоиды, бензодиазепины, летучие вещества и т. д.*), **галлюциногены** (обладают способностью изменять сенсорные восприятия потребителя путем искажения сообщений, передаваемых в ЦНС. Типичный пример включает понятие «трипы», такое как *ЛСД, мескалин, галлюциногенные грибы*) и **стимуляторы** (имеют свойство ускорять деятельность ЦНС человека, в том числе головного мозга, включающие: *никотин, кофеин, псевдоэфедрин, амфетамин, кокаин*) и **прочие** (в группу «прочие»

входят психоактивные вещества, не подпадающие ни в какую другую категорию, в том числе: МДМА, синтетические катиноны, синтетические каннабиноиды, летучие вещества - масла, газ, краски).

Информация Treatnet/УНП ООН¹

Новые вещества с психоактивными свойствами (НВПС) «Вещества, используемые при злоупотреблении, либо в чистом виде, либо в виде препарата, которые не регулируются Единой конвенцией о наркотиках 1961 года или Конвенцией о психотропных веществах 1971 года, но которые могут представлять угрозу для здоровья населения» (Организация Объединенных Наций Агентство по борьбе с наркотиками и преступностью (УНП ООН)). НВПС были созданы для имитации эффектов существующих контролируемых препаратов. Первоначально они были разработаны как «легальные» заменители запрещенных наркотиков, находящихся под контролем, таких как каннабис, героин, кокаин и МДМА. **Стимуляторы** относятся к разным категориям химических веществ и обладают разным фармакологическим действием. Они стимулируют центральную нервную систему, повышая активность основных нейротрансмиттеров, таких как норадреналин, дофамин и серотонин, увеличивая одновременное высвобождение и/или ингибируя обратный захват этих химических веществ. Стимуляторы в целом оказывают энергетическое действие и вызывают повышенную импульсивность. Степень, в которой конкретный препарат дифференцирует уровни норадреналина, дофамина и серотонина в дифференцированных условиях, будет определять эффект, включая желаемый эффект.

- Наркотики, которые значительно повышают уровень дофамина, вызывают повышенное вознаграждение и удовольствие или даже эйфорию, а также, вероятно, усиливают желание повторить прием вещества.
- Лекарства, повышающие уровень норадреналина, будут менее эйфоричными и более стимулирующими, повышая бдительность, но могут вызывать беспокойство. Они также более кардиотоксичны.
- Лекарства, повышающие уровень серотонина, могут усиливать эмоции и поведение, связанные с общительностью и эмпатией, иногда их называют «эмпатогенными» или обладающими эмпатогенными эффектами.

МДМА и НВПС со схожими «эмпатогенными эффектами». Экстази или МДМА по-прежнему является относительно распространенным наркотиком в Европе. В последние годы наблюдается увеличение доз продаваемых таблеток. «Экстази» обычно содержит МДМА. Однако это не всегда так, и потребители могут неосознанно потреблять другие вещества, а также / или вместо МДМА (метилendioксиметамфетамин). Многие продукты, продаваемые как «экстази», могут содержать МДМА и другие соединения, в том числе пентедрон или параметоксифетамин (ПМА). Иногда они вообще не содержат МДМА. В последние годы также появился ряд аналогов МДМА и веществ с аналогичным действием. Структурно МДМА похож как на стимуляторы амфетаминового ряда, так и на галлюциногены мескалинового ряда, но отличается фармакологически. МДМА имеет несколько действий для разных целей.

- Он высвобождает и ингибирует обратный захват моноаминов: серотонина, дофамина и норадреналина.
- Он обладает эффектом ИМАО и действует непосредственно как агонист рецептора 5-HT_{2A}, рецептора серотонина, ответственного за галлюциногенные эффекты.
- В дополнение к прямому серотонинергическому влиянию на настроение переносчик серотонина (SERT), на который действуют МДМА и его аналоги, опосредует высвобождение нейропептидных гормонов окситоцина и пролактина. Предполагается, что действие МДМА на SERT будет способствовать просоциальному, эмпатогенному эффекту МДМА.

¹ <https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/drugtreat-pubs-front6-wk-toc~drugtreat-pubs-front6-wk-secb~drugtreat-pubs-front6-wk-secb-3> ~ лекапство-пабы-front6-wk-secb-3-1

Синтетические катиноны. Синтетические катиноны получают из исходного соединения катинона, которое является основным психоактивным соединением в растении кат (кат). В 2019 году EMCDDA провело мониторинг 138 синтетических катинонов. Синтетические катиноны доступны на рынке рекреационных наркотиков уже более десяти лет. Обычно потребляемые синтетические катиноны первоначально включали мефедрон (4-ММС) и метилон, но недавно обнаруженные катиноны включают метилендиоксипировалерон (MDPV), 2-ММС, 3-ММС, альфаPVP, этилон, 4-СМС и пентедрон, аналоги пировалерона (3,4- MDPV) и нафрон. Было обнаружено три поколения синтетических катинонов, причем последние поколения связаны с высоким риском побочных эффектов. В некоторых европейских странах также вызывает беспокойство потребление синтетических катинонов лицами, употребляющими опиоиды и стимуляторы путем инъекций.

Потребление синтетических катинонов различается в географическом плане. Знания о синтетических катинонах остаются ограниченными, особенно об их вредном воздействии и клиническом лечении. Синтетические катиноны являются аналогами амфетаминового ряда и структурно родственны амфетамину, метамфетамину и MDMA. Они оказывают сходное с амфетамином действие на обратный захват моноаминов, но оказывают особое влияние на серотонин, дофамин и норадреналин. Они также обладают сильным симпатомиметическим действием. Однако существуют значительные различия между различными синтетическими катинонами в химии, их способах действия, их эффективности и их токсичности. Была предложена классификация, основанная на фармакологическом действии катинонов (например, коэффициент ингибирования переносчика дофамина (DAT)/серотонин (SERT)) и их сопоставимости, в частности, с традиционными лекарственными средствами.

Катинон, смешанный с кокаином и MDMA, например, мефедрон, 4-МЕС, метилон, этилон, бутилон и нафрон. Эти вещества связаны с эмпатогенным эффектом, подобным эффекту MDMA при пероральном употреблении, и обладают психостимулирующим эффектом, подобным кокаину, при интраназальном употреблении.

- Метамфетаминоподобные катиноны, например, катинон, меткатинон, флэфедрон, эткатинон и 3 – FMS.
- Катиноны типа MDMA, например, мефедрон и 4 – трифторметилметкатинон. Они имеют сходные эффекты с MDMA.
- Катиноновый тип – пировалерон, например пировалерон, МДПВ и α-PVP.

Мефедрон (4-метилметакатинон (4-ММС) или 4-метилфедрон) – синтетическое вещество на основе катиноновых соединений растения кат и входит в класс катинонов и амфетаминов. Он доступен на рынке незаконных наркотиков в виде таблеток, капсул или белого порошка. Потребители наркотиков используют их перорально, путем вдыхания, инспирации или инъекции. Эффекты мефедрона схожи с MDMA, амфетамином и кокаином. Мефедрон вызывает различные побочные эффекты, в том числе расширенные зрачки, плохую концентрацию, проблемы со зрительной концентрацией, проблемы с памятью, галлюцинации и так далее. Наиболее тяжелые последствия возникают при употреблении высоких доз и длительном применении, а также одновременном приеме других токсических веществ. Потребители также сообщают об изменениях температуры тела, учащении пульса, одышке, потере аппетита, повышенном потоотделении, обесцвечивании конечностей, беспокойстве, паранойе и депрессии. При вдыхании они могут вызывать травмы, кровотечения и ожоги носа, что увеличивает риск заражения ВИЧ и другими инфекциями, передающимися через кровь. Мефедрон является одним из многих дизайнерских наркотиков, о которых сообщалось в последние годы, в том числе в Республике Молдова.

Метамфетамин. В настоящее время утверждается, что употребление метамфетамина является самой большой проблемой во всем мире. Метамфетамин и амфетамин – два тесно связанных синтетических вещества, которые действуют как стимуляторы центральной нервной системы. Их можно принимать внутрь, нюхать или вводить инъекционно, а метамфетамин, особенно в кристаллической форме, можно курить. Он имеет следующие особенности.

- Это мощный психомоторный стимулятор с сильным физиологическим воздействием на центральную и периферическую нервную систему.
- Обычно его описывают как более сильнодействующее, чем амфетамин.
- Он сильно липофилен.
- По сравнению с амфетамином (в аналогичных дозах) он легче проникает через гематоэнцефалический барьер.
- Потребление становится более выраженным и имеет более продолжительный стимулирующий эффект, чем амфетамин.
- Его эффекты аналогичны эффектам кокаина, но они длятся дольше и могут быть более серьезными. Эффекты включают бурное настроение, хорошее самочувствие, повышенную энергию, бдительность, концентрацию, бодрость и повышенную двигательную и речевую активность, повышение производительности при выполнении физических и умственных задач, снижение утомляемости и снижение социальных или сексуальных запретов.
- Вредное воздействие этих наркотиков включает психоз, сердечно-сосудистые и цереброваскулярные проблемы, зависимость, психологические и психиатрические проблемы, инфекционные заболевания – при инъекциях – и смерть.

Галлюциногены (которые нарушают состояние центральной нервной системы) это группа веществ, которые изменяют и искажают восприятие, прежде всего зрительное, а также изменяют характер мышления и настроения. Термин «галлюциноген» используется здесь для обозначения лекарственных средств с механизмом действия, опосредованным в первую очередь агонизмом серотонинового рецептора 5-HT_{2A}. Примеры таких препаратов:

- Грибы или «волшебные грибы» или виды грибов, которые они содержат *псилоцибин* и *псилоцин*. Другие виды галлюциногенных грибов, такие как мухомовка (*Amanita muscaria*), содержат в качестве основных веществ *активный мусцимол* и *иботеновую кислоту*. Виды содержащие мусцимол токсичны, будучи тесно связаны с высокотоксичными видами.
- лизергамиды (подобные ЛСД соединения);
- триптамин;
- фенилэтиламины с галлюциногенными эффектами;
- другие галлюциногены.

По сравнению с более предсказуемыми эффектами стимуляторов и депрессантов, эффекты галлюциногенных препаратов в сильной степени зависят от контекста и пользователя. Немедикаментозные факторы, такие как ожидания эффекта, окружающая среда, контекст и эмоциональное состояние, по-видимому, оказывают более значительное влияние на действие галлюциногенов, чем на действие других наркотиков. Потенциал галлюциногенного вещества, по-видимому, в целом, но не полностью, связан с его сродством к рецептору 5-HT_{2A}. ЛСД имеет высокое сродство к рецептору 5-HT_{2A}, в то время как мескалин имеет более низкое сродство. В последние годы был разработан ряд галлюциногенных НВПС, некоторые из которых гораздо более сильнодействующие, чем другие. Некоторые галлюциногенные НВПС также обладают сильным стимулирующим эффектом. Фенетиламины, например, являются стимуляторами амфетаминового ряда, но некоторые из них также обладают значительным галлюциногенным эффектом.

Синтетические агонисты каннабиноидных рецепторов

Синтетические агонисты каннабиноидных рецепторов (SCRA), также называемые синтетическими каннабиоидами (SC) или синтетическими каннабимиметиками, образуют большую группу препаратов, оказывающих сильное влияние на эндоканнабиноидную систему. SCRA является крупнейшей группой НВПС с более чем 250 SCRA, отслеживаемыми по всему миру. SCRA – это не синтетические версии травы каннабиса, а разнообразная химическая группа молекул с некоторыми функциональными (но не структурными) сходствами с дельта-9-тетрагидроканнабинолом (или ТГК) и другими фитоканнабиоидами.

И SCRA, и натуральный каннабис связываются с рецепторами CB1 и CB2; однако SCRA имеет гораздо более высокое сродство к рецепторам CB1 по сравнению с природными каннабиоидами и оказывает более сильное воздействие. В отличие от натурального каннабиса, SCRA не содержит каннабидиол (CBD). Некоторые SCRA также активны в отношении рецепторов серотонина 5-HT.

Полинаркомания: Потребители рекреационных наркотиков и НВПС обычно используют один широкий спектр веществ одновременно. Одновременный прием более одного вещества (одновременное потребление), включая алкоголь, повышает риск развития побочных эффектов.

Химсекс: это термин, используемый для обозначения практики, включающей занятия сексом под воздействием наркотиков с целью повышения сексуальной активности, преодоления запретов и достижения состояния расслабления. Химсекс появился в Великобритании в конце 2000-х годов и является обычной практикой среди гей-сообщества. В последние годы распространению этой сексуальной практики способствовало развитие темной части Интернета (даркнета), сайтов, через которые сложился огромный рынок с нелегальной продукцией, к которой легко получить доступ и на которых доступные цены. Лица, практикующие химсекс, обычно принимают смесь различных наркотиков, включая мефедрон и МДМА. Помимо сильной зависимости, которую вызывают эти запрещенные наркотики, их бесконтрольное употребление может привести к передозировке и увеличивает риск передачи инфекций, передающихся половым путем и через кровь, таких как ВИЧ и гепатит С.

Абстинентный синдром: патологическое морфофункциональное состояние, непосредственно связанное с употреблением наркотиков, возникающее при отказе наркомана от привычных доз. Если зависимость сильная, абстиненция может проявляться в бурных формах. Во время отмены отмечаются: артериальная гипертензия, сердцебиение, глубокая потливость, боли в мышцах, боли в суставах, головная боль, головокружение, рвота, психомоторное возбуждение, судороги, тревога, бессонница, психологический и физический дискомфорт и др.

Детоксикация: является кратковременным медицинским вмешательством, будучи первым этапом фармакологического лечения зависимости. Целью является удаление из организма остатков употребленного наркотика, уменьшение и купирование морфофункциональных симптомов абстиненции, улучшение самочувствия и снижение патологической потребности в потреблении.

Заместительная терапия, фармакотерапия или вспомогательное медикаментозное лечение: включает в себя лечение, при котором запрещенный наркотик заменяется разрешенным веществом с аналогичными свойствами, чтобы стабилизировать физические и психические функции пациента и снизить риски и антиобщественного поведения в результате употребления запрещенных наркотиков.

Четыре наиболее распространенных пути введения психоактивных веществ: (1) пероральное потребление (т. е. проглатывание), (2) интраназальное потребление (введение путем вдыхания), (3) вдыхание в легкие (обычно путем курения) и (4) внутривенное введение. шприцем для подкожных инъекций.

А.10. Эпидемиологическая информация

Новые вещества с психоактивными свойствами (НВПС) во всем мире: в Сегодня НВПС стали глобальным явлением, и все регионы мира сообщают об одном или нескольких НВПС. К концу 2019 года правительства, лаборатории и партнерские организации сообщили Управлению ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) о 950 новых веществах. Во всем мире за последние годы власти выявили более чем в три раза больше НВПС, чем психоактивных веществ, находящихся под международным контролем.

В Европе: В настоящее время Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании (EMCDDA) отслеживает более 730 новых психоактивных веществ.

На уровне страны: Данные, относящиеся к употреблению наркотиков, были собраны в исследовании «Знания, отношение и практика молодых людей в возрасте 15–24 лет в отношении ВИЧ/СПИДа», проведенном в 2006, 2008, 2010, 2012 гг. Результаты, касающиеся тенденций, включены в годовой отчет «Незаконное употребление и оборот наркотиков в Республике Молдова», 2013 г. Республика Молдова провела три раунда исследования ESPAD. Согласно методологии, опрашиваются все учащиеся классов с высокой долей учащихся в возрасте 16 лет (в Республике Молдова это 8-е и 9-е классы), но для сопоставимости между странами в итоговой базе исследования на европейском уровне остаются только учащиеся целевой группы (в ESPAD 2015 это учащиеся 1999 года рождения). Результаты относительно тенденций включены в годовой отчет «Незаконное употребление и оборот наркотиков в Республике Молдова», 2015 г.

В комплексном биоповеденческом исследовании IBBS 2020, проведенном среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), основной наркотик, вводимый в течение последнего месяца, разнообразен в зависимости от места проведения исследования. В Кишиневе и Бельцах наиболее часто употребляемыми видами наркотиков за последний месяц являются новые вещества с психоактивными свойствами, 50,8% и 34,6% соответственно, 55,2% экстракт опия в Тирасполе (мак) и метамфетамины в Рыбнице - 57,9%.

В 2020 г. была проведена повторная оценка численности групп потребителей инъекционных наркотиков, секс-работников и мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, на основе последних рекомендаций Руководства ВОЗ по био-поведенческому надзору среди групп населения с высоким риском заражения ВИЧ. Оценки были сделаны отдельно для муниципиев Кишинев и Бельцы на правом берегу Днестра и для муниципия Тирасполь, г. Рыбница на левом берегу Днестра. Предполагаемый размер группы ПИН в Республике Молдова в 2020 году составляет 27,5 тыс. человек, из них 22,78 тыс. человек на правом берегу и 4,72 тыс. человек на левом берегу Днестра. По оценкам, количество потребителей инъекционных наркотиков составляет около 47% от расчетного числа потребителей инъекционных наркотиков, что составляет около 12 920 человек. Следует отметить, что инъекционное употребление опиатов среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) значительно различается в зависимости от территории, причем наибольшее распространение отмечается на левом берегу Днестра (около 54,8%).

1. СТИМУЛИРУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ

По данным исследования КАР (знания, установки и практики) 2010 года в общей популяции в возрасте 15-64 лет распространенность употребления амфетамина в течение жизни составила 0,1%, а распространенность употребления экстази в течение жизни составила - 0,5%. Согласно исследованию КАР 2012 года, распространенность употребления амфетамина в течение жизни составила 0,1%, а потребление экстази среди молодежи в возрасте 15–24 лет — 1,2%. По данным ESPAD, распространенность потребления экстази на протяжении всей жизни среди студентов в 2008 г. составила 1,6%, в 2011 г. - 2% и в 2015 г. - 1%.

Тенденция состоит в том, чтобы следовать более низким значениям употребления синтетических наркотиков в большинстве мест исследования IBBS 2020 за пределами города Рыбница, где этот вид наркотиков является основным - 67,6%, а потребление выше более чем в 1,7 раза по сравнению с предыдущим раундом исследования. В 2019 году произошло снижение изъятий синтетических наркотиков по сравнению с 2018 годом.

По данным Министерства Внутренних Дел Республики Молдова, «первые изъятия амфетаминов и местного производства метамфетаминов (первитина) были зафиксированы в конце 1990-х годов». По результатам исследования КАР, проведенного в 2010 году в возрастной группе 15-64 лет, «распространенность употребления амфетамина при жизни в общей популяции составила 0,1%, а распространенность употребления экстази при жизни — 0,5%». Распространенность употребления амфетамина в течение жизни среди молодых людей в возрасте 15-24 лет, согласно исследованию КАР 2012 года, составила «0,1%, а употребления экстази в той же возрастной группе — 1,2%». По данным ESPAD, «употребление экстази в течение жизни в 2011 году составило 1,6%». Исследование биоповеденческого и дозорного эпиднадзора (IBSS), проведенное в 2015/2016 гг., установило, что распространенность инъекционного употребления метамфетамина в течение последнего месяца в муниципии Кишинев составила 36,7% (в 28,8% случаев являясь основным инъекционным наркотиком), в муниципии Бельцы - 60,2% случаев (в 54,4% случаев являясь основным инъекционным наркотиком) и в муниципии Тирасполь составила 31,3% (в 23,1% случаев представляя собой основной инъекционный наркотик)».

2. ГАЛЛЮЦИНОГЕНЫ

По данным исследования КАР, проведенному в 2012 году, распространенность употребления ЛСД в течение жизни в возрастной группе 15-24 года составляет 0,1%. Потребление галлюциногенных наркотиков (ЛСД, галлюциногенные грибы, мескалин) в течение последнего месяца, указанное в IBBS 2020, составляет 5,5%. ЛСД встречается очень редко, как в случае конфискации наркотиков МВД, так и в новых случаях употребления наркотиков, зарегистрированных системой здравоохранения (РНД). Согласно данным МВД, было количество конфискованное в 2019 г. было незначительным по сравнению с 2018 г., а в течение 2020 г. интернет-магазин, торгующий веществами типа ЛСД, был закрыт.

3. НВПС (НОВЫЕ ВЕЩЕСТВА С ПСИХОАКТИВНЫМИ СВОЙСТВАМИ)

Потребление новых веществ с психоактивными свойствами (НВПС), о которых сообщалось в IBBS 2020, показывает, что этот тип наркотиков очень популярен и имеет более высокие значения, чем данные, представленные в предыдущем раунде исследования IBBS 2016. Тенденция потребления НВПС, по данным исследования, показывает более высокие значения для каждого населенного пункта (например, в Кишиневе неинъекционное потребление в течении последнего месяца составило 35,8% в 2016 г. и 55,4% в 2020 г.) и преобладает в правобережных районах Днестра (в 2020 г. в Кишиневе 55,4% и в Тирасполе -16,4%).

UNODC 2020 сообщает, что на международном рынке наркотиков, среди НВПС чаще всего встречаются синтетические каннабиноиды (JWH-018), синтетические катиноны (α -пирролидинопентиофенон- α -PVP), фенциклидин (метоксетамин-MXE) и пиперазин (benzilpiperazină BZP) и растительные вещества (кратом (*Mitragyna speciosa* Korth), *Salvia divinorum* и кат), триптамины (α -метилтриптамин (AMT) и другие вещества), 3,4-метилendioкси-метамфетамин (МДМА).

Согласно данным, обобщенным в Годовом отчете «Незаконное употребление и оборот наркотиков» за 2017 год, начиная с 2017 года учреждения, специализирующиеся в сфере помощи потребителям наркотиков, а также в сфере незаконного оборота и потребления

наркотиков, обеспокоены возникновением НВПС, которые создают трудности как в рамках текущих сценариев по уходу, лечению и реабилитации, так и в рамках существующих процедур мониторинга, реагирования и контроля их использования. Эти вещества, как и способы их распространения, стали массово и быстро доступны на рынке наркотиков в Республике Молдова. Обнаружение и идентификация новых психоактивных веществ судебно-медицинскими лабораториями затруднена длительным, сложным и очень дорогостоящим процессом тестирования. В том же отчете упоминается, что на национальном уровне в 2017 году городом с наибольшим количеством преступлений, связанных с наркотиками, является Кишинев, с 544 преступлениями за хранение и незаконный оборот наркотиков, где новые психоактивные вещества являются предметом преступления в более чем 49% уголовных дел, а также муниципий Бельцы с 146 преступлениями за хранение и продажу наркотиков, где марихуана является объектом преступления в более чем 65% уголовных дел.

В. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

В.1. Уровень первичной медицинской помощи		
Описание мер	Цели	Шаги
1. Профилактика		
Первичная профилактика	Меры первичной профилактики, посредством консультирования и раннего выявления групп риска путем скрининга, позволяют снизить риск потребления НВПС.	<p>Обязательные</p> <ul style="list-style-type: none"> • Информация, образование и общение о вредность потребление НВПС • Выявление лиц с деликвентным поведением, с эпизодическим или периодическим употреблением НВПС и с последующим обеспечением консультации: <ul style="list-style-type: none"> - психиатра-нарколога, - службы психосоциальной и медицинской поддержки (группы взаимопомощи). • Оценка употребления наркотиков на основе стандартных опросников (<i>Вставка 3. Скрининговый тест</i>) • Рекомендации по уменьшению мотивации в начале потребления • Предоставление актуальной информации о поддержке <p>Рекомендуемые</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ориентация пользователей НВПС на услуги по снижению риска • Повышение осведомленности населения путем распространения соответствующей информации о риске зависимости и последующих последствиях употребления НВПС.

2. Диагностика		
Подозрение и обнаружение потребления НВПС	Раннее выявление лиц с высоким риском заболевания, позволяет проводить лечебные, качественные вмешательства, а также снижать риск заболевания в результате потребления.	Обязательные <ul style="list-style-type: none"> • Анамнез (<i>Вставка 8</i>) • Клиническое обследование • Скрининг <ul style="list-style-type: none"> - определение зависимости - оценка степени зависимости • Выявление характерных признаков потребления НВПС: <ul style="list-style-type: none"> - текущее и предыдущее употребление наркотиков; - наличие симптомов депрессии, мании, тревожности, аутоагрессии; - сопутствующие медицинские заболевания.
3. Вмешательства		
3.1. Направление в специализированную амбулаторно-поликлиническую службу	Все лица, подозреваемые в потребление НВПС требуют психотерапевтического лечения	Обязательные <ul style="list-style-type: none"> • Оформление направления к: <ul style="list-style-type: none"> - клиническому психологу - психиатру-наркологу специализированной поликлинической службы
3.2. Рекомендации по изменению поведения представляющего риски	Изменение поведения представляющего риски, что поможет улучшить общее состояние и снизить риск потребления.	Обязательные <ul style="list-style-type: none"> • Мотивационное интервью о прекращении употребления НВПС и переходе на здоровый образ жизни
3.3. Клиническое наблюдение	Мониторинг клинического состояния позволяет предотвратить рецидивы Определение оптимальной частоты посещения врача	Обязательные <ul style="list-style-type: none"> • Мониторинг физического здоровья • Определение необходимости обращения к психологу или психиатру-наркологу

В.2. Уровень неотложной доврачебной помощи		
Описание мер	Цели	Шаги
1. Диагностика		
Подозрение и выявление острой интоксикации и/или передозировки	Анамнез позволяет заподозрить острая интоксикация и/или передозировка людям из группы риска.	Обязательные <ul style="list-style-type: none"> • Анамнез (<i>Вставка 8.</i>) • Физическое обследование
2. Вмешательства		
2.1. Лечение состояний неотложной медицинской помощи.	Антикризисное управление	Обязательные <ul style="list-style-type: none"> • Экстренные вмешательства

2.2. Направление и транспортировка для лечения.	Необходимость специализированной медицинской помощи	Обязательные <ul style="list-style-type: none"> • Оценка критериев госпитализации (Вставки 52–53.) • Транспортировка в амбулаторные наркологические службы, госпитализация
---	---	---

В.3. Уровень специализированной амбулаторно-поликлинической помощи (нарколог в консультативном отделении районной больницы и РНД, психиатр в ОЦП, государственные и частные реабилитационные службы)		
Описание мер	Цели	Шаги
1. Профилактика		
1.1 Вторичная профилактика употребления наркотиков	Изменение рискованного поведения, которое может привести к повторному употреблению наркотиков, путем соблюдения здорового образа жизни, полезного для здоровья личности, повторных консультаций с психиатром-наркологом и психологом. Оценка лиц с высоким риском начала потребления НВПС и употребления стимуляторов, в том числе в контексте перехода на употребления опиатов, позволяет проводить соответствующие вмешательства направленные на начальное и проблемное употребления.	Обязательные <ul style="list-style-type: none"> • Информация и обучение о вреде использования НВПС и стимуляторов • Отказ от использования НВПС и стимуляторов Рекомендуемые <ul style="list-style-type: none"> • Повторные консультации психиатра-нарколога и психолога • Ориентация пациентов на услуги по реабилитации и снижению риска • Мотивация отказа от потребления НВПС • Психообразование о здоровом образе жизни • Психологическое консультирование и включение в программы реабилитации и лечения
1.2. Снижение рисков, связанных с применением НВПС и стимуляторов	Оценка медицинских и социальных рисков, связанных с употреблением НВПС и стимуляторов. Предоставление пакета услуг по снижению риска в соответствии с потребительским поведением пациента и на основании Стандарта организации и функционирования службы профилактики ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения, в том числе среди молодежи из этих групп. Уровень вмешательства особенно важен для активных потребителей НВПС и стимуляторов.	<ul style="list-style-type: none"> • Программы распространения презервативов, лубрикантов и программ популяризации безопасного секса • Замена шприцев и других средств защиты • Услуги тестирования на ВИЧ • Антиретровирусная терапия (АРТ) и Преп (доконтактная терапия) • Научно обоснованные психосоциальные вмешательства и лечение зависимости • Профилактика, диагностика и лечение ИППП, гепатита и туберкулеза (ТБ) • Информация, образование и коммуникация (ИОК) для потребителей/зависимых и их сексуальных партнеров • Профилактика и лечение передозировок и острых интоксикаций.

2. Диагностика		
2.1. Оценка и подтверждение симптомов употребления НВПС и стимуляторов	Подтверждение применения НВПС требует врачебного наблюдения (семейного врача, психиатра-нарколога) с описанием характерных симптомов, с проведением профилактических и соответствующих лечебных мероприятий	<p>Обязательные</p> <ul style="list-style-type: none"> • Анамнез (Вставка 8) • Клинический осмотр (Вставки 9-49) • Проведение дифференцированной диагностики (Вставка 51, таблица 2) <p>Рекомендуемые</p> <ul style="list-style-type: none"> • Клиническая и параклиническая оценка (Вставка 50)
2.2. Оценка для лечения и реабилитации	Клиническая и параклиническая аргументация диагноза, рискованного поведения, медико-социальных последствий	<p>Обязательные</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка условий включения в лечение (Вставка 58.)
2.3. Направление на лечение и медицинскую, социальную, психосоциальную помощь	Создание механизма направления, помощи и совместного наблюдения за пациентом	<ul style="list-style-type: none"> • Картирование всех соответствующих услуг для пациентов употребляющих НВПС и стимуляторы • Направление в: <ul style="list-style-type: none"> - наркологическую службу - психиатрическую службу - Преп, ПП, АРВ-терапия - специализированную помощь по снижению риска и психосоциальной поддержке
3. Лечение		
3.1. Фармакологическое лечение: детоксикация, сокращение потребления и восстановления позитивного поведения.	Изменение потребительского поведения для личного и общественного здоровье и снижение риска сопутствующих заболеваний	<p>Обязательные</p> <ul style="list-style-type: none"> • Начало детоксикационного лечения для облегчения абстинентного синдрома • Назначение вспомогательного медикаментозного лечения <p>Рекомендуемые</p> <ul style="list-style-type: none"> • Соблюдение здорового образа жизни, участие в профессиональной и общественной деятельности
3.2 Психологическое лечение.	Польза от создания и поддержания взаимодействия (сотрудничества) в рамках вмешательства (психологическом, социальном)	<ul style="list-style-type: none"> • Начало и продолжение психологического лечения (Вставки 55-57) • Когнитивно-поведенческая терапия (Вставка 58) • Мероприятия по социальной реинтеграции (Вставки 72-73) • Профессиональное восстановление (Вставка 74) • Группы поддержки сверстников (Вставка 75) • Ориентация на отказ от потребления НВПС и стимуляторов и соблюдение здорового образа жизни

3. Непрерывное клиническое наблюдение	Для обеспечения стабильности состояния здоровья, достигнутого в результате проведенных вмешательств, должна поддерживаться стабильная связь и сотрудничество между семейным врачом и психиатром-наркологом (и другими специалистами по мере необходимости, в том числе социальным работником) по месту жительства, после преодоления кризиса.	Обязательные <ul style="list-style-type: none"> • Медицинское наблюдение должно осуществляться в соответствии с нормативными актами, изданными Министерством здравоохранения. • Поддержание психического здоровья и диспансерное наблюдение с соблюдением рекомендаций <i>(Вставки 69-71.)</i>
4. Реабилитация	Инициирование как можно более раннего процесса реабилитации в случае потребления НВПС и стимуляторов позволяет восстановить здоровье	<ul style="list-style-type: none"> • Психосоциальное восстановление и психотерапевтическое обеспечение; • Включение в процесс выздоровления различных лиц, играющих роль в жизни пациента <i>(Вставки 72-73.)</i>
5. Общественная, психосоциальная и реабилитационная поддержка	Привлечение ресурсов сообщества крайне важно на этом этапе и обеспечивается на основе комплексного плана вмешательства после тщательной оценки ситуации пациента, связанной с потреблением и зависимостью. Уровень вмешательства особенно важен для потребителей НВПС и стимуляторов в стадии ремиссии.	<ul style="list-style-type: none"> - аутич-вмешательства по принципу «равный-равному», в том числе онлайн; - индивидуальные консультации; - групповая терапия, включая группы взаимной поддержки; - психотерапевтические и консультационные программы; - реабилитационные программы и терапевтические сообщества; - онлайн-безопасность

В.4. Уровень стационарной помощи – наркологические и психиатрические отделения районных и городских больниц, ППСР

Описание мер	Цели	Шаги
1. Госпитализация	Стабилизация психического и соматического состояния в случае преобладания психотических симптомов и ограниченной безопасности	<ul style="list-style-type: none"> • Оценка критериев госпитализации <i>(Вставки 52-53)</i> • Прием психотических больных от психиатра-нарколога. • Прием психотических больных по заявкам служб экстренной помощи, полиции с немедленным информированием специализированных амбулаторных служб

2. Диагностика	В случае сомнений или сопутствующего диагноза, требующего дополнительных вмешательств для исключения/подтверждения потребления и других проблем с психическим здоровьем	Обязательные <ul style="list-style-type: none"> • Анамнез (Вставка 8) • Клинический осмотр (Вставки 9-49.) • Проведение дифференцированной диагностики (Вставка 51, таблица 2) • Лабораторное обследование • Оценка истории болезни из специализированных амбулаторных служб, в зависимости от обстоятельств
3. Лечение	В некоторых случаях необходимы более сложные и интенсивные вмешательства для обеспечения специализированных стационарных условий - психиатрический стационар/отделение наркологии	<ul style="list-style-type: none"> • По рекомендациям врача-психиатра-нарколога специализированной амбулаторно-поликлинической службы, с согласия больного, назначаются необходимые лечебные мероприятия в стационарных условиях. (Вставка 54)
4. Выписка	Выписка как можно скорее после достижения общей терапевтической цели дает преимущества (искоренение дискриминации, стигмы, улучшение контакта с обществом и окружающей средой).	<ul style="list-style-type: none"> • По рекомендациям психиатра из стационара, с согласия больного и по рекомендации врача-психиатра из ОЦПЗ (Вставка 16)
		Обязательные Выписка должна содержать: <ul style="list-style-type: none"> • Точный подробный диагноз • Результаты проведенных исследований • Четкие рекомендации для пациента • Индивидуальную программу восстановления, разработанную совместно с командой общественного центра по психическому здоровью • Рекомендации семейному врачу

С.1. АЛГОРИТМ ПОВЕДЕНИЯ

С.1.1. ОБЩИЙ АЛГОРИТМ ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА

**Скрининг лиц склонных к потреблению
НВПС и стимуляторов**
(подтверждение зависимости, оценка зависимости,
обнаружение созависимости) (Вставка 3)

Консультация и диагностика врача психиатра-нарколога:

- Консультация и диагностика врача психиатра-нарколога:
- острая интоксикация, передозировка, абстинентный синдром, кома
- употребление НВПС и/или других стимуляторов
- выявление соматических, неврологических и психологических осложнений
- выявление антиобщественного поведения

Медикаментозное лечение:

- детоксикация
- снятие абстинентного синдрома
- корректировка схемы лечения
- помощь при патологическом состоянии, помощь при сопутствующих заболеваниях
- ориентация на отказ от наркотиков
- изменение потребительского поведения (психосоциальная помощь)

Надзор:

- возвращение к лечению в случае рецидива
- медицинское наблюдение в соответствии с действующими нормативными актами
- оценка ремиссии
- профилактика рецидивов путем дополнения психосоциальной помощи и
- медикаментозное лечение в соответствии с медицинскими показаниями (Вставка 58)
- мультидисциплинарный подход (медико-психосоциальный)

С.1.2. АЛГОРИТМ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА УРОВНЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Список предлагаемых вмешательств в соответствии с уровнями системы здравоохранения

Уровень системы здравоохранения	Вмешательства
Поддержка сообщества	<ul style="list-style-type: none">• Выявление лиц употребляющих НВПС и стимуляторы• Предоставление услуг по снижению риска (информация, общение и обучение, доступ к стерильным потребительским устройствам, защитным средствам/презервативам, тестирование на ВИЧ, ИППП, вирусный гепатит, ПреП, скрининг на туберкулез, управление передозировками), в том числе сверстниками посредством интерактивных интервенций• Группы самопомощи и взаимопомощи• Поддержка семьи
Услуги первичной медико-санитарной помощи	<ul style="list-style-type: none">• Скрининг, направление в наркологическую службу• Поддержка лиц, находящихся на лечении/подключение к специализированным лечебным службам• Первичная медико-санитарная помощь, в том числе первая помощь.
Социальные службы	<ul style="list-style-type: none">• Питание• Социальная помощь• Направление в специализированные лечебные службы, социальные и медицинские службы по мере необходимости
Специализированные лечебные услуги (стационарные и амбулаторные)	<ul style="list-style-type: none">• Оценка и обследование• Планирование лечения• Ведение пациента• Управление детоксикацией/абстиненцией• Психосоциальные вмешательства• Фармацевтическое лечение• Профилактика рецидивов• Восстановление
Другие специализированные медицинские услуги	<ul style="list-style-type: none">• Вмешательства специалистов в области психического здоровья, включая психиатрические и психологические службы• Вмешательства специалистов по внутренним болезням – терапевта, хирурга, гинеколога-акушера, педиатра...• Стоматологические услуги• Лечение инфекций (ВИЧ, гепатит С, туберкулез и др.)
Специализированные социальные услуги для лиц, употребляющих и зависимых от психоактивных веществ	<ul style="list-style-type: none">• Поддержка семьи и реинтеграция• Профессионально-образовательные программы• Формирование доходов/микрокредитование• Планирование досуга• Программы восстановления
Долгосрочные стационарные услуги для лиц, употребляющих и страдающих зависимостью от психоактивных веществ	<ul style="list-style-type: none">• Жилищные программы направлены на решение серьезных и сложных проблем потребления и зависимости, в том числе в контексте сопутствующих заболеваний.• Размещение• Профессиональные программы• Программы личностного развития и развития жизненных навыков• Непрерывная терапевтическая поддержка• Направление в амбулаторные службы восстановления/реабилитации

С.1.3. ПРИНЦИП «ЕДИНОГО ОКНА» ДЛЯ ЛИЦ, СКЛОННЫХ К УПОТРЕБЛЕНИЮ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ



С.1.4. ОБЩЕСТВЕННАЯ МОДЕЛЬ ПОДХОДА ПО ОТНОШЕНИЮ К ЛИЦАМ, СКЛОННЫМ К УПОТРЕБЛЕНИЮ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ



С.1.5. АЛГОРИТМ МОТИВАЦИОННОГО ИНТЕРВЬЮ



С.1.6. АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ИНТОКСИКАЦИЯХ И ПЕРЕДОЗИРОВКАХ НВПС И СТИМУЛЯТОРОВ

Алгоритм оказания неотложной помощи при острых интоксикациях и передозировках НВПС и стимуляторов



С.2. ОПИСАНИЕ МЕТОДОВ, ПРИЕМОВ И ПРОЦЕДУР

С.2.1.1. КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

Классификация наркотиков по основному эффекту обеспечивает концептуальную основу для НВПС, которая поможет клиницистам ориентироваться в сотнях новых веществ, выявленных в последние годы, и в то же время позволит им опираться на имеющийся у них опыт в области злоупотребления наркотиками.

- **СТИМУЛЯТОРЫ:** Синтетические катиноны, пиперазины, фенилэтиламины (включая амфетамины, метамфетамин, мефедрон, МДМА, серии 2С, серии D, бензофураны, ПММА, ПМА)
- **ДЕПРЕССАНТЫ:** ГОМК/ГБЛ; Кетамин; Метоксамин; закись азота
- **ГАЛЛЮЦИНОГЕНЫ:** (Агонисты рецепторов 5-HT_{2A}) Диметилтриптамин (N, N-DMT), псилоцибин, альфа-метилтриптамин (АМТ); ЛСД; фенилэтиламины
- **СИНТЕТИЧЕСКИЕ АГОНИСТЫ КАНАБИНОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ (SCRA):** Агонисты рецепторов CB1 и CB2, включая JWH и CP (традиционные, нетрадиционные и гибридные)

Синтетические агонисты каннабиноидных рецепторов (SACR) были классифицированы как четвертая отдельная категория, поскольку они представляют очень разнообразную группу с фармакологической точки зрения, с очень разными психоактивными свойствами.

Хотя эти классификации обеспечивают полезную основу для клиницистов, важно отметить, что они не являются жесткими категориями. На самом деле многие наркотики вызывают комбинацию эффектов, которые часто зависят от введенной дозы. Например, некоторые препараты с основным эффектом угнетения центральной нервной системы (ЦНС) могут оказывать стимулирующее действие в низких дозах и угнетающее действие в более высоких дозах.

Категории НВПС: Чтобы понять вредные эффекты НВПС и способы управления ими, важно уметь классифицировать их по разным категориям. Удобный метод классификации НВПС основан на их основном психоактивном эффекте, а именно, являются ли они стимулятором, депрессантом или галлюциногеном.

Со временем появляются новые комплексы новых веществ с психоактивными свойствами. Их воздействие часто сильнее, чем предыдущие, соответственно, они могут быть более вредным для здоровья. Например:

- Четыре поколения SCRA. Новые поколения синтетических агонистов каннабиноидных рецепторов (например, AV-FUBINACA) связаны со все более серьезными побочными эффектами, такими как кататония, тяжелая интоксикация и смерть.
- Синтетические катиноны нового поколения. Такие соединения, как альфа-PVP или MDPHP, более вредный чем синтетические катиноны предыдущего поколения.
- Галлюциногены нового поколения. Например, 25B-NBOMe является мощным производным 2C-B даже в микрограммовых дозах.

Таблица 1. Классификация Расстройства, связанного с потреблением новых веществ с психоактивными и стимулирующими свойствами

	ICD-10	DSM-5
Нозологическая форма и классификационный код	F 15 – психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов, в том числе кофеина F 19 – психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением ряда наркотиков или других психоактивных веществ	Нарушения связанные с употреблением фенциклидина; расстройство связанное с потреблением других галлюциногенных веществ; отравление фенциклидином; отравление другими галлюциногенными веществами; стойкое расстройство восприятия, вызванное галлюциногенными веществами; другие расстройства, вызванные фенциклидином; другие расстройства, вызванные галлюциногенными веществами; неуточненное расстройство, связанное с употреблением фенциклидина; расстройство, связанное с употреблением неспецифических галлюциногенных веществ. 305.90 (F16.10) Легкая: наличие 2-3 симптомов. 304.60 (F16.20) Умеренная: присутствует 4-5 симптомов. 304.60 (F16.20) Тяжелая: наличие 6 и более симптомов. Нарушение связанные с употреблением стимуляторов; отравление стимуляторами; отказ от стимуляторов; другие расстройства, вызванные приемом стимуляторов; расстройство, связанное с употреблением стимуляторов, неуточненное.

	<p>Легкая: 2-3 симптома. 305.70 (F15.10) Амфетаминовые вещества 305.60 (F14.10) Кокаин 305.70 (F15.10) Другие стимуляторы или стимуляторы неуточненные. Умеренная: присутствует 4-5 симптомов. 304.40 (F15.20) Амфетаминовые вещества 304.20 (F14.20) Кокаин 304.40 (F15.20)</p> <p>Другие стимуляторы или неуказанные стимуляторы; тяжелая: наличие 6 и более симптомов. 304.40 (F15.20) Амфетаминовые вещества 304.20 (F14.20) Кокаин 304.40 (F15.20) Другие стимуляторы или стимуляторы неуточненные</p> <p>Расстройство связанное с употреблением других веществ (или неизвестных веществ); отравление другими веществами (или неизвестными веществами); отказ от других веществ (или неизвестных веществ); нарушения, вызванные другими веществами (или неизвестными веществами); расстройство, связанное с потреблением других неуточненных веществ (или неизвестных веществ) 305.90 (F19.10) Легкая: наличие 2-3 симптомов. 304.90 (F19.20) Умеренная: наличие 4-5 симптомов. 304.90 (F19.20) Тяжелая: наличие 6 и более симптомов.</p>
<p>Тип развития МКБ-10</p>	<p>4-я и 5-я категории символов могут использоваться для указания клинического состояния:</p> <p>F1x.0 - Острая интоксикация</p> <ul style="list-style-type: none"> . 00 – Неосложненная . 01 – С травмами и другими телесными повреждениями . 02 – С другими медицинскими осложнениями . 03 – С бредом . 04 - С искажениями восприятия . 05 - С комой . 06 - С судорогами . 07 - Патологическая интоксикация <p>F1x.1 – Вредоносное употребление</p> <p>F1x.2 - Синдром зависимости</p> <ul style="list-style-type: none"> . 20 В настоящее время воздерживается . 21 В настоящее время воздерживается, но находится в защищенной среде . 22 В настоящее время находится при постоянном клиническом наблюдении или в режиме заместительной терапии (контролируемая зависимость)

	<ul style="list-style-type: none"> . 23 В настоящее время воздерживается, но принимает аверсивные или блокирующие препараты . 24 В настоящее время употребляет вещество (активная зависимость) . 25 Непрерывное употребление . 26 Эпизодическое употребление
Осложнения	<p>F1x.3 - Состояние абстиненции</p> <ul style="list-style-type: none"> . 30 Неосложненное . 31 С судорогами <p>F1x.4 - Состояние абстиненции с делирием</p> <ul style="list-style-type: none"> . 30 Без судорог . 31 С судорогами <p>F1x.5 - Психотическое расстройство</p> <ul style="list-style-type: none"> . 50 сходное с шизофренией . 51 преимущественно бред . 52 преимущественно галлюцинаторное . 53 преимущественно полиморфное . 54 преимущественно с депрессивными симптомами . 55 преимущественно с маниакальными симптомами . 56 со смешанными симптомами <p>F1x.6 - Амнестический синдром</p> <p>F1x.7 - Резидуальное психотическое расстройство с поздним началом</p> <ul style="list-style-type: none"> . 70 воспоминаний (пароксизмальных воспоминаний) . 71 расстройство личности или поведения . 72 резидуальное аффективное расстройство . 73 деменция . 74 других стойких когнитивных нарушения . 75 психотическое расстройство с поздним началом <p>F1x.8 - Другие психические и поведенческие расстройства</p> <p>F1x.9 - Неспецифическое психическое и поведенческое расстройство</p>

С.2.2. ПРОФИЛАКТИКА

С.2.2.1. ФАКТОРЫ РИСКА

На сегодняшний день выявлено 72 фактора риска употребления психоактивных веществ и зависимости (Leshner, 1998). К ним относятся бедность, расизм, социальная дисфункция, неблагополучные семьи, плохое образование и группы сверстников, злоупотребляющих такого рода веществами. Эти факторы риска, а также другие экологические и генетические факторы влияют только на первоначальное решение человека об употреблении наркотических веществ. Однако, после первого употребления человек продолжает употреблять вещество, потому что ему нравится эффект. Некоторыми из факторов, способствующих злоупотреблению наркотиками подростками, являются недостаточное/плохое общение между родителями и детьми, неконтролируемый доступ к алкоголю дома, излишняя свобода и пребывание в одиночестве в течение длительного периода времени.

Вставка 1. Факторы риска потребления НВПС и стимуляторов

- **Генетические и нейробиологические факторы риска**, или другие невылеченные психические заболевания, которые способствуют употреблению психоактивных веществ.
- генетическое участие в процессах метаболизма алкоголя и межнейронной передачи.
- наличие связи между возникновением зависимости и системой вознаграждения.
- участие других нейронных систем, включая серотониновую, опиоидную, ГАМКергическую, глутаминовую, в появлении зависимости.
- полиморфизм гена, кодирующего транспортер дофамина (DAT), дофаминовые рецепторы, опиоиды, 5-НТ1А, 2А аденозиновые серотониновые рецепторы могут быть уязвимыми факторами для метамфетаминовой зависимости или психотического статуса.
- **Факторы окружающей среды** в подростковом возрасте: жестокое обращение с детьми, воздействие наркотиков, отсутствие надзора, влияние средств массовой информации и давление со стороны сверстников. Употребление наркотиков в сообществе может «нормализовать» употребление таких веществ.
- Точно так же, если человека находится на лечении, а затем возвращается в ту же среду, существует высокая вероятность того, что он вернется к своему прежнему поведению. Внутренние факторы, присущие ребенку или которые определяют личность — это самооценка, неразвитые социальные навыки, стресс, отношение к наркотикам, психические расстройства и многие другие.
- Окружающая среда и тип личности являются двумя основными факторами, влияющими на вероятность злоупотребления психоактивными веществами.
- **Социальные факторы риска** (плохое экономическое положение, душевная травма, неустроенность семьи, групповое влияние, образование и потребление как социальная норма и т. д.);
- Имеются данные о том, что пол снижает влияние факторов семьи, школы и сверстников на употребление и злоупотребление психоактивными веществами подростками.
- В некоторых исследованиях авторы сообщают, что проживание только с одним биологическим родителем или недостаточное/плохое общение с родителями связано с употреблением психоактивных веществ, особенно среди девочек-подростков.
- Основные периоды риска злоупотребления наркотиками приходятся на серьезные переходные периоды в жизни ребенка. Некоторыми из этих переходных периодов, которые могут увеличить вероятность употребления наркотиков молодыми людьми, являются период полового созревания, переезд, развод родителей/опекунов, бездомность и начало школьного обучения. Переход с одного школьного уровня на другой, например, из начальной школы в среднюю или из средней школы в старшую школу, может быть периодом, когда дети и подростки заводят новых друзей и с большей вероятностью попадают в среду, где доступны наркотики.
- Такие черты, как тревожность и импульсивность, рассматриваются некоторыми авторами как фенотипические факторы риска кокаиновой и амфетаминовой зависимости.
- Употребление наркотиков может быть формой самолечения², когда проблемы психического здоровья «лечатся» с помощью психоактивных веществ. Рекреационные наркотики, стимуляторы, такие как кокаин и амфетамины, используются для управления неприятными эмоциями, ситуациями и воспоминаниями. По данным NIDA, почти 50% людей с проблемами психического здоровья также будут злоупотреблять психоактивными веществами.³

² <https://www.helpguide.org/articles/addictions/self-medication.htm>

³ <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/common-comorbidities-substance-use-disorders/part-1-connection-between-substance-use-disorders-mental-illness>

Вставка 2. Факторы, определяющие употребление НВПС и стимуляторов подростками

Личные факторы риска, включают:

- генетические факторы. Подростки, которые употребляют наркотики или экспериментируют с ними, часто имеют семейную историю употребления наркотиков и злоупотребления ими.
- тип личности и темперамент. Подростки с бунтарским поведением, противящиеся родительскому авторитету, испытывающие чувство вины или несостоятельности, отличаются предрасположенностью к употреблению наркотиков.
- различные недуги. Подростки, имеющие различные психические заболевания, такие как синдром дефицита внимания, связанный с гиперактивностью, нарушения поведения, хроническая депрессия, вытеснение (сокрытие определенных чувств), посттравматическое стрессовое расстройство или тревожно-депрессивные расстройства, склонны к употреблению запрещенных веществ.
- возрастной соблазн и любопытство являются еще одним фактором, предрасполагающим к употреблению наркотиков.
- молодой возраст при первом употреблении.

К семейным факторам риска относятся:

- история употребления психоактивных веществ в семье.
- неорганизованная семейная жизнь - семьи, в которых имеют место различные конфликты или физическое, сексуальное и/или психоэмоциональное насилие, интенсивные психические нагрузки, неблагополучные семьи, отличаются повышенным риском употребления наркотиков.
- Неадекватное участие родителей в воспитании и жизни подростков также увеличивает риск злоупотребления наркотиками и зависимости. Воспитательные крайности, такие как суровые (часто телесные) наказания или чрезмерная вседозволенность со стороны родителей, повышают риск злоупотребления наркотиками.
- Физическое, сексуальное и/или психоэмоциональное насилие в отношении женщин напрямую связано с употреблением наркотиков.

Социальные факторы риска включают в себя:

- доступ к наркотикам. Возможность относительного легкого приобретения наркотиков через интернет-маркетинговые сети в настоящее время способствует возникновению злоупотребления наркотиками и зависимости у подростков.
- доступная цена НВПС в Республике Молдова.

С.2.2.2. СКРИНИНГ

Вставка 3. Скрининговые тесты на применение НВПС и стимуляторов

1. Важным компонентом оценки, особенно среди населения, является выявление факторов риска или наличия зависимости от некоторых психоактивных веществ.
2. *Скрининг* потребления наркотических средств/веществ или лекарственных средств с аналогичным действием должен осуществляться только с информированного согласия пациента;
3. *Скрининг* в целях определения степени зависимости должен быть проведен по отношению ко всем потребителям при консультативных визитах и на консультациях в наркологических экспертных комиссиях;
4. Тест **DAST-10** – предназначен для оценки риска зависимости при приеме лекарств. Содержит 10 вопросов. Используется для взрослых. (*Приложение 5*)
5. Тест **CRAFT** – оценивает риск привыкания к алкоголю и другим психоактивным веществам. Содержит 6 вопросов. Предназначен для подростков.
6. Test **ASSIST** – скрининг-тест (WHO ASSIST 11) для выявления зависимости от алкоголя, табачных изделий и других веществ. (*Приложение 4*)

Вставка 4. Критерии абстиненции (воздержания)

Абстинентный синдром является сложным комплексом психосоматических расстройств, возникающий через 6-12 часов после отмены. Абстиненция – очень тяжелое состояние, протекающее с сильными болями в теле и представляющее угрозу для жизни больного из-за возможности коллапса, застойной сердечной недостаточности, сердечных аритмий, а иногда психозов или судорог. С психической и соматической точки зрения различают состояния возбуждения, агрессии, острые психотические состояния, нервозность, нарушение зрения, тошноту, рвоту, нарушение внимания, тревогу, половые расстройства и др.

Абстиненция или абстинентный синдром, определяется любым из следующих пунктов:

- одно и то же токсичное вещество (или очень похожее) употребляется для облегчения или предотвращения абстинентного синдрома;
- вещество часто потребляется в больших количествах или в течение более длительного периода времени, чем заявлено ранее (потеря контроля);
- есть постоянное желание или предпринимаются тщетные усилия по контролю или прекращению употребления психоактивных веществ;
- много времени посвящает смежным видам деятельности: получению вещества (например, посещение нескольких врачей или поездки на большие расстояния), употреблению веществ (например, выкуривание одной сигареты за другой), восстановлению после воздействия вещества;
- сокращение важной социальной, профессиональной или развлекательной деятельности из-за употребления психоактивных веществ;
- продолжается употребление психоактивных веществ, несмотря на то, что известно о повторяющихся или стойких психологических и физических проблемах, которые, по видимому, вызваны или усугубляются употреблением психоактивных веществ (например, употребление кокаина, несмотря на то, что человек знает, что он вызывает депрессию, или продолжающееся употребление алкоголя, несмотря на обострение язвы).

Вставка 5. Общие рекомендации по профилактике

Профилактика потребления может (и должна) поддерживаться теорией на трех уровнях:

1. **содержания предпринятых мер;**
2. **методология и дидактика** их реализация; и
3. **способы**, используемые для **внедрения** и применения на практике (Пентц, 2003).

- Усилия по профилактике могут быть сосредоточены на человеке или окружающей среде.
- Концепция, известная как «профилактика среды», направлена на изменение условий или правил сообщества, чтобы уменьшить доступность веществ, а также спрос. Индивидуальная профилактика злоупотребления психоактивными веществами, также известная как профилактика злоупотребления наркотиками, включает в себя серию различных сеансов, в зависимости от человека, чтобы помочь остановить или уменьшить употребление психоактивных веществ.
- Время, необходимое для оказания помощи конкретному человеку, может варьироваться в зависимости от множества аспектов и индивидуальных характеристик человека.
- Тип профилактических мероприятий должен основываться на индивидуальных потребностях, которые также могут различаться.
- Усилия по профилактике злоупотребления психоактивными веществами обычно сосредоточены на несовершеннолетних (детях и подростках) и молодежи, особенно в возрасте от 12 до 35 лет.

- Вещества, на которые обычно нацелены профилактические меры, включают алкоголь (включая чрезмерное употребление алкоголя, пьянство и вождение транспортных средств в нетрезвом виде), табак (включая сигареты и различные виды альтернативных бездымных веществ), марихуану, ингалянты (летучие растворители, включая клей, бензин), аэрозоли, эфир, дым из корректирующей жидкости и маркеров), кокаин, метамфетамин, стероиды, клубные наркотики (такие как МДМА) и опиоиды.
- Усилия прилагаемые на общественном уровне против злоупотребления психоактивными веществами является необходимыми из-за значительного увеличения числа случаев передозировок опиоидами.

С.2.3. ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА

Вставка 6. Обязательные этапы обследования пациента с применением ПАВ

- **Базовые обследования:**
 - ✓ полное психиатрическое и соматическое клиническое, неврологическое обследование;
 - ✓ получение информации из дополнительных источников (родственники, друзья, коллеги и т.д.);
 - ✓ параклиническое обследование.
- **Дополнительные обследования:**
 - ✓ психологическое обследование;
 - ✓ медицинская консультация.

Вставка 7. Мультидисциплинарная оценка пациентов

- Мультидисциплинарная оценка лиц, потребляющих НВПС и стимуляторы включает оценку:
 - нарколога;
 - психиатра;
 - психолога;
 - социального работника;
 - сверстника.
- Оценка охватывает следующие области:
 - **наркологическую** (анамнез употребления наркотиков, предыдущее лечение и произведенные вмешательства, выявление сопутствующих психических заболеваний, соматических дисфункций, рисков передозировки, ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и туберкулеза). Оценка потребности в лечении, применимости лечения и доступной помощи в связи с этими потребностями, готовности пациента к участию в лечении и специализированной помощи.
 - **психиатрическую** (проблемы психического здоровья, риск причинения вреда себе или другим, употребление алкоголя и/или наркотиков, а также сильные стороны, социальные и профессиональные навыки, социальный успех). Используйте полуструктурированное диагностическое интервью (SCAN, mini-SCAN) при подозрении на психотическое расстройство.
 - **психологическую**, включая социальные и семейные связи, факторы риска и защиты, личностный потенциал и профессиональные навыки пациента.
 - **социальную**, социально-экономический статус, условия жизни, уровень образования и занятости, семейное положение, в том числе социальные и семейные связи, факторы риска и защитные факторы/среда поддержки, риски заражения ВИЧ, вирусными гепатитами и туберкулезом, правовые вопросы.

С.2.3.1. АНАМНЕЗ

Вставка 8. Рекомендации по сбору анамнеза у больных, употребляющих новые вещества с психоактивными и стимулирующими свойствами

1. **Семейный анамнез – наследственность, психические заболевания, хронический алкоголизм, наркомания у кого-либо из родственников опрашиваемого.**
 2. **История жизни** – образование и бытовые условия, учеба, пространственно-жилые и материальные условия семьи, отношение к семейной жизни. Предшествующее лечение от алкоголя или наркотиков, факторы риска (инфекции, передозировка), эпизоды антисоциального поведения, юридические, финансовые проблемы.
 3. **История болезни** – в каком возрасте впервые употребил, первые случаи выраженного опьянения, особенности состояния опьянения: без явных изменений, с соматическими расстройствами и психическими расстройствами; продолжительность употребления до появления первых симптомов абстиненции; оценка толерантности; наличие галлюцинаций, бреда, обсессивно-компульсивного расстройства; предшествующее лечение, оценка ремиссии.
 4. **Профессиональная деятельность** – профессия, стажировка, причины смены работы, конфликты на работе, дисциплинарные взыскания.
 5. **Личная история** – психические заболевания и травмы в детском возрасте, соматические и неврологические заболевания, черепно-мозговые травмы, семейные проблемы (конфликты, разводы, смерть партнера), конфликты на работе, суицидальные попытки и др.
- А. Общее функционирование:** уровень функционирования снижается или не соответствует уровню, необходимому для удовлетворения повседневных потребностей (семейных, социальных и т. д.), присутствие семьи и родственников, уровень общения с семьей и обществом, призвания и профессии, сильные стороны и увлечения человека, финансовые источники и жилье.
- Б. Содержание мышления:** аномальное (например, бред, эталонные идеи, бедность содержания).
- В. Форма мышления:** нелогичность (например, сдвиги, ослабление ассоциаций, непоследовательность, обстоятельность, тангенциальность, гипервключенность, неологизмы, блокировки, эхолоалия).
- Г. Восприятие:** искаженное (например, галлюцинации (обычно псевдо-): зрительные, обонятельные, тактильные и чаще всего слуховые).
- Д. Аффект:** аномальный (например, плоский, скучный, непослушный/веселый, непостоянный, неадекватный).
- Е. Самоощущение (самовосприятие):** недостаточность (например, потеря границ эго, двусмысленность в отношении пола, неспособность отличить внутреннюю реальность от внешней, бегство от реальности в собственном искаженном воображении).
- Ж. Воля:** нарушена (например, несоответствующие импульсы или мотивы и выраженная амбивалентность).
- З. Межличностные отношения:** дефицит (например, социальная изоляция и эмоциональная отстраненность, агрессия, сексуальная неадекватность).
- И. Психомоторное поведение:** аномальное или измененное (например, возбуждение или замкнутость, гримаса, поза, ритуалы, кататония, поведенческие причуды).
- К. Познание:** нарушено (например, конкретность, невнимательность, измененная обработка информации).

С.2.3.2. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

С.2.3.2.1. НВПС С ОСНОВНЫМ СТИМУЛИРУЮЩИМ ЭФФЕКТОМ

Вставка 9. Наиболее частые симптомы проявляющиеся у пациентов употребляющих НВПС с основным стимулирующим эффектом

- Стимуляторы обладают симпатомиметическим действием. Они связаны с повышенным артериальным давлением, тахикардией, сужением сосудов и аритмией. Большие дозы могут привести к гипертермии или гипотермии, гипергликемии и сильным судорогам. Инъекция стимулятора может быть связана с локальными и системными бактериальными инфекциями и вирусами, передающимися через кровь (например, ВИЧ, вирус гепатита В и вирус гепатита С).
- Потребление стимулирующих НВПС может вызывать симптомы зависимости и психологической абстиненции. Потребление стимулирующих НВПС будет влиять на настроение и может спровоцировать депрессию и другие проблемы с психическим здоровьем, включая мысли о преследовании и психоз.

Вставка 10. Острые вредные последствия употребления стимуляторов – Серотонинергический синдром

- Серотонинергический синдром представляет собой клиническое состояние, возникающее в результате лекарственного повышения интрасинаптического уровня серотонина, основным результатом которого является активация рецепторов серотонина 2А в центральной нервной системе.
- Это опасная для жизни побочная реакция, и существует зависимость «доза-эффект» между количеством потребляемых стимуляторов НВПС и риском возникновения серотонинергического синдрома.
- Кроме того, одновременное употребление нескольких серотонинергических веществ (например, МДМА, метамфетамина, селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН), трициклических антидепрессантов и ингибиторов моноаминоксидазы (ИМАО)) может привести к развитию серотонинергического синдрома.
- Серотонинергический синдром имеет три классических признака, а именно:
 - Изменения психического состояния;
 - Вегетативная гиперактивность;
 - Нервно-мышечные нарушения.

Клинические проявления серотонинергического синдрома варьируют от едва заметных до летальных.

Клинические симптомы серотонинергического синдрома варьируются от легких до угрожающих жизни.

Легкие: Пациента может лихорадить, отмечается тахикардия, озноб, потливость, мидриаз, тремор, диарея.

Умеренные: Тахикардия, артериальная гипертензия, гипертермия (часто 40°C), мидриаз, гиперактивные кишечные шумы, потливость, гиперрефлексия и клонус (значительно более интенсивные на нижних конечностях, чем на верхних); у пациента может быть горизонтальный глазной клонус; легкое возбуждение или повышенная настороженность, тяжелая речь; повторяющиеся повороты головы при умеренном разгибании шеи.

Серьезные: высокое кровяное давление и тахикардия, которые могут внезапно перерасти в шок. У больного могут отмечаться беспокойный делирий, ригидность мышц, повышение мышечного тонуса (проявляющийся больше в нижних конечностях, чем в верхних).

- Из-за мышечной гиперактивности, в некоторых случаях температура тела может подниматься >41,1 °C.
- В сочетании с метаболическим ацидозом, рабдомиолизом, повышением сывороточных аминотрансфераз и креатинина могут возникать судороги, почечная недостаточность, диссеминированная внутрисосудистая коагулопатия.

С.2.3.2.2. МДМА и НВПС с ПОХОЖИМИ «ЭМПАТОГЕННЫМИ ЭФФЕКТАМИ»

Вставка 11. Способы потребления, начало и продолжительность эффектов МДМА и НВПС со схожими «эмпатогенными эффектами»

- МДМА доступен в различных формах, в основном в виде порошка/кристаллов или таблеток.
- Обычно его принимают внутрь в виде таблеток, порошка или кристаллов. Если не принимать внутрь, МДМА можно вдыхать. Ректальное потребление и инъекции встречаются редко, но о них сообщалось.
- Другие НВПС с аналогичными эффектами (такие как 5-АРВ и 6-АРВ) также обычно употребляются перорально.
- МДМА быстро всасывается. Как правило, латентность эффекта составляет 20-60 минут, максимальный эффект достигается между 60 и 90 минутами и продолжается до 5 часов.
- Начало действия других веществ, подобных НВПС, продаваемых как экстази, и других наркотиков с аналогичным действием варьируется.
- Например, появление эффектов ПМА происходит значительно позже, чем МДМА. Это вызывает беспокойство, особенно когда пользователи потребляют ПМА считая, что потребляют МДМА. Потребители могут принять вторую или третью дозу, полагая, что первая не подействовала. Таким образом, существует повышенный риск передозировки, что привело к случаям смерти в Европе.

Вставка 12. Желаемые эффекты МДМА и НВПС с аналогичными «эмпатогенными эффектами»

- Стимулирующий эффект: приток энергии и эйфория.
- Галлюциногенный эффект: искажения восприятий и реже галлюцинации.
- Эмпатогенные эффекты: просоциальные эффекты, расслабление, умиротворение, сопереживание, близость к другим и повышенное внимание к чувствам.

Вставка 13. Острые вредные последствия потребления МДМА и НВПС со схожими «эмпатогенными эффектами»

- Потребление МДМА связано с рядом острых побочных эффектов, включая тошноту, головную боль, галлюцинации, головокружение, сжимание челюстей (тризм), сухость во рту, тахикардию, рвоту, озноб и снижение либидо. Нежелательные эффекты МДМА могут сохраняться в течение нескольких дней после употребления. Эффекты, кажется, увеличиваются по интенсивности и частоте у постоянных потребителей.
- **Множественное** употребление наркотиков, включая алкоголь и другие вещества, является обычным явлением для потребителей МДМА и связано с более высоким уровнем риска. Продажа чрезвычайно сильных продуктов МДМА на нелегальном рынке привела к увеличению числа смертей в последние годы даже среди тех, кто употреблял только МДМА.
- Вредные последствия НВПС типа МДМА в целом схожи, но некоторые из них более токсичны, а симптомы могут быть более серьезными. ПМА, например, связывают с гипогликемией, гиперкалиемией, пролонгацией комплекса QRS, судорогами и комой. Эти НВПС имеют отношение к повышенной заболеваемости и смертности, что может быть связано, в частности, с гипертермией. Они могут вызывать повышенную серотонинергическую токсичность.

- **Серотонинергический синдром** – МДМА является мощным высвободителем серотонина и связан с серотонинергическим синдромом. Он может вызвать серотонинергический синдром при использовании отдельно или в сочетании с другими запрещенными наркотиками и серотонинергическими препаратами. ПМА и ПММА представляют особую угрозу серьезной серотонинергической токсичности.
- **Гипертермия, вызванная МДМА** – Гипертермия является одним из наиболее опасных для жизни побочных эффектов, вызванных МДМА и подобными НВПС. Это также вызывает вторичные осложнения, такие как печеночная недостаточность и повреждение головного мозга.
- **Дилуционная гипонатриемия** – МДМА и препараты с аналогичным действием связаны с разбавленной гипонатриемией, которая является результатом фармакокинетических свойств препарата, но также усугубляется употреблением большого количества пива и воды в общественных местах, что может привести к снижению уровня натрия в крови.
- **Симптомы гипонатриемии** – Симптомы могут варьироваться от легких до тяжелых. В отличие от других острых синдромов, вызванных МДМА, дилуционная гипонатриемия часто имеет однородное течение, при этом симптомы возникают в основном в результате усугубления отека мозга. За симптомами, включающими головную боль, рвоту и психические расстройства, следуют судороги, сонливость, дезориентация и немота, прогрессирующие до комы, гипоксии и возможности летального исхода, часто в результате тенториальной грыжи. Имеются также данные о том, что из-за сочетания факторов женщины подвергаются значительно более высокому риску развития гипонатриемии, связанной с употреблением МДМА, по сравнению с мужчинами.
- **Острые сердечные эффекты** – Тахикардия является наиболее частым побочным эффектом, являющимся причиной госпитализации в отделение неотложной помощи из-за употребления МДМА; однако сообщалось также об ишемии и инфаркте миокарда.
- **Внутричерепное кровоизлияние** – Употребление МДМА имеет связь с внутричерепным кровоизлиянием даже при очевидном отсутствии сопутствующих интоксикантов. Ранее существовавшие аневризмы или пороки развития могут привести к разрыву из-за резкого повышения артериального давления, вызванного МДМА.
- **Повреждение печени** – МДМА вызывает печеночную недостаточность двумя путями: (1) у потребителей может развиваться острая печеночная недостаточность, вторичная по отношению к тяжелой гипертермической реакции на МДМА. (2) Потребители могут испытывать изолированную гепатотоксичность без гипертермии. Обычно это подострый эффект, который может развиваться в течение нескольких дней после употребления.

Вставка 14. Психиатрические эффекты МДМА и НВПС с аналогичными «эмпатогенными эффектами»

- В целом, психиатрические побочные эффекты МДМА обычно менее серьезны, чем у других веществ амфетаминового ряда.
- Тревога и паника являются распространенными причинами госпитализации потребителей МДМА.
- Несколько исследований показали, что среди тяжелых и частых потребителей, МДМА может быть связан с когнитивными нарушениями, особенно с нарушениями немедленной и отсроченной вербальной памяти.
- Употребление экстази/МДМА может быть связано с депрессивными симптомами. Период «падения» после употребления экстази/МДМА характеризуется истощением запасов серотонина, что вызывает плохое настроение с риском тяжелых депрессивных симптомов.
- Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что МДМА иногда действует как стрессор, провоцирующий острый психоз, но с гораздо меньшей частотой, чем амфетамин.

С.2.3.2.3. СИНТЕТИЧЕСКИЙ КАТИНОН

Вставка 15. Способ потребления и начало действия синтетических катинонов

- Мефедрон обычно продается в виде кристаллического порошка. Он растворим в воде и обычно вдыхается, проглатывается (заворачивается в папиросную бумагу) или добавляется в напиток. Его также употребляют, растирая десны, ректально, путем курения или инъекционно.
- Начало желаемых эффектов мефедрона связано с способом употребления; начало в течение нескольких минут после вдыхания через нос или внутривенной инъекции и в течение 15-45 минут после приема внутрь. Ректальное потребление было описано потребителями как имеющее более быстрое начало, и для получения эффекта необходимы более низкие дозы.
- Продолжительность эффектов также определяется способом употребления. Эффект длится до 2-3 часов после назального или перорального приема, но только 15-30 минут после внутривенного введения. Некоторые потребители сообщают о комбинированном потреблении за один сеанс, например, сначала внутривенно, а затем перорально, чтобы добиться как более быстрого, так и более продолжительного эффекта.
- Относительно короткая продолжительность эффектов мефедрона связана с повторным введением в течение одного сеанса.
- Независимо от пути приема внутрь, большинство потребителей будут повторять введение мефедрона в течение одного и того же сеанса, чтобы сохранить желаемый эффект.

Вставка 16. Желаемые эффекты синтетических катинонов

- Существуют некоторые различия между эффектами различных синтетических катинонов, но в целом ожидаемые эффекты включают в себя: улучшающие настроение свойства, являющиеся психомоторным стимулятором в социальных ситуациях, эйфорию, улучшение настроения, приток энергии, улучшение концентрации, усиление желания говорить, снижение аппетита и состояние бодрствования.
- Сообщалось об искажениях восприятия или галлюцинациях, а также о эмпагогенных свойствах при употреблении более высоких доз синтетических катинонов.

Вставка 17. Вредное воздействие синтетических катинонов

- Синтетические катиноны вызывают симпатомиметические эффекты, сходные с таковыми при интоксикации стимуляторами. Синтетические катиноны может быть связано с повышенной нейротоксичностью по сравнению с традиционными стимуляторами.
- Наиболее часто сообщаемыми побочными эффектами являются сердечные, психические и неврологические симптомы, которые требуют медицинской помощи.
- Может возникнуть серотониновый синдром, особенно когда потребитель подвергся воздействию двух или более веществ, усиливающих действие серотонина.
- Потребление синтетических катинонов может быть связано с возбуждением. Могут возникнуть психотические симптомы.

Вставка 18. Характеристика острой интоксикации синтетическими катинонами

- **Неврологические, когнитивные и психические эффекты** – Тревога, возбуждение, агрессия, спутанность сознания, депрессия, дисфория, ангедония, бессонница, бруксизм, головная боль, головокружение/легкое головокружение, шум в ушах, судороги, нистагм, мидриаз, нечеткость зрения, онемение, онемение, герпес, цианоз, усиление сенсорных переживаний, зрительные и слуховые галлюцинации, параноидальные иллюзии, преходящие психозы, преходящие мании, снижение сознания, амнезия.
- **Сердечно-сосудистые эффекты** – высокое кровяное давление, тахикардия, боль в груди, сужение периферических сосудов, инфаркт миокарда, инсульт (например, инсульт, внутричерепное кровоизлияние).
- **Острое поражение почек** – после употребления может развиваться метаболический ацидоз или кетоацидоз у пациентов с диабетом 1 типа.
- **Желудочно-кишечные эффекты** – тошнота, рвота, боль в животе.
- **Дыхательные эффекты** – одышка.
- **Нервно-мышечные и костно-мышечные эффекты** – повышение мышечного тонуса, тризм, рабдомиолиз.

Вставка 19. Хроническое вредное воздействие синтетических катинонов

- Инъекции синтетических катинонов представляли проблему для общественного здравоохранения в некоторых странах, особенно в Венгрии и Румынии.
- Синтетические катиноны могут быть связаны с частыми и компульсивными инъекциями, увеличивая риск инфекций, передающихся через кровь, а также системных и бактериальных инфекций.
- Инъекция синтетического катинона связана с высоким уровнем вирусных инфекций, а также с инфекцией в месте инъекции, абсцессами конечностей и коагуляцией вен, поражениями и рецессией вен. Потребители внутривенного синтетического катинона сообщают о парацитозе, паранойе, суицидальных мыслях и тяжелой бессоннице. Сообщалось о симптомах Паркинсона в виде спазмов, «нестабильности» и постоянного онемения конечностей.
- Во многих европейских странах инъекции катинона были связаны с повышенной передачей ВИЧ и гепатита С.

Вставка 20. Хронические побочные последствия употребления синтетических катинонов, вызывающего зависимость

- Информация о долгосрочных побочных последствиях, связанных с длительным потреблением синтетических катинонов, все еще не получена. Появляются данные о том, что синтетические катиноны обладают потенциалом зависимости, психической и/или физической, и толерантности.
- Сообщалось о симптомах отмены, связанных с синтетическими катинонами, которые включают усталость, бессонницу, заложенность носа, нарушение концентрации внимания, депрессию, беспокойство, повышенный аппетит, раздражительность, необычный запах пота и тягу к наркотикам.
- **Сексуальное поведение с высоким риском** - Некоторые синтетические катиноны, такие как мефедрон, обладают просексуальным эффектом и являются одним из препаратов, связанных с «химсексом» и сексуальными практиками с высоким риском.

С.2.3.2.4. МЕТАМФЕТАМИН

Утверждается, что употребление метамфетамина является самой большой проблемой в контексте всего спектра синтетических наркотиков. Имеются некоторые доказательства того, что доступность метамфетамина в Европе росла медленно и медленно распространялась географически.

Вставка 21. Желаемые эффекты метамфетамина

- Желаемые эффекты метамфетамина включают возбуждение, усиленное чувство благополучия, повышенную бдительность, энергию и уверенность, чрезвычайно сосредоточенное внимание, общительность и эйфорию. Это также связано со снижением аппетита и необходимостью в сне.
- Метамфетамин оказывает явное просексуальное действие, повышая сексуальный аппетит, снижая утомляемость и утрачивая сексуальное торможение. Это может задержать эякуляцию, помочь продлить половой акт и уменьшить гуморальные выделения.

Вставка 22. Нежелательные субъективные эффекты метамфетамина

- Хотя он оказывает просексуальное действие, как это ни парадоксально, длительное употребление может быть связано со снижением сексуальной функции у некоторых мужчин.
- Более высокие дозы вызывают дисфорию, беспокойство и тревогу, а также сопровождаются тремором и дискинезией.
- При компульсивном употреблении эйфорические эффекты со временем уменьшаются, а дисфория и компульсивное поведение усиливаются.
- Сообщается, что компульсивное потребление вызывает бессонницу, галлюцинации, паранойю и психоз.
- Чувство «истощения» является одним из наиболее распространенных побочных эффектов, о которых сообщают потребители.
- Потребители могут испытывать раздражительность, возбуждение, тревогу, депрессию и вялость.

Вставка 23. Способы употребления и действие метамфетамина

- Наиболее распространенной формой метамфетамина, доступной в Европе, является водорастворимая гидрохлоридная соль метамфетамина.
- Метамфетамин быстро всасывается после приема внутрь, период полувыведения составляет 8-13 часов.
- Метамфетамин употребляют при курении, вдыхании, внутривенно, путем введения ректально или в уретру.
- Стимулирующие эффекты зависят от ряда факторов, включая способ употребления и дозу: внутривенные инъекции и курение метамфетамина имеют более быстрое начало действия, чем другие формы употребления.

Вставка 24. Острые вредные последствия употребления метамфетамина

- Сердечно-сосудистые эффекты метамфетамина – метамфетамин может серьезно повлиять на сердечно-сосудистую систему, это происходит при сочетании употребления метамфетамина и кардиомиопатией. Тахикардия, гипертония и боль в груди являются общими признаками отравления метамфетамином. Потребители подвержены риску аритмии и инфаркта миокарда, вызванного метамфетамином, из-за коронарного спазма. Употребление метамфетамина также может быть связано с расслоением аорты, церебральной ишемией и внутримозжечковым кровоизлиянием.
- Неврологические, психические эффекты и последствия воздействия на центральную нервную систему – тремор, потливость, расширение зрачков, возбуждение, спутанность сознания, головная боль, тревога, судороги, галлюцинации и делирий, серотонинергический синдром (особенно при приеме более одного стимулирующего препарата).

Вставка 25. Особенности острого отравления метамфетамином

- Желудочно-кишечные и урологические эффекты – боль в животе, рвота, метаболический ацидоз, почечная и печеночная недостаточность.
- Сердечно-сосудистые и респираторные эффекты – тахикардия, в том числе желудочковая тахикардия или фибрилляция, боль в груди, артериальная гипотензия или гипертония, одышка.
- Потребление больших количеств метамфетамина было связано с гипертермией, выше 41°C, рабдомиолизом, острой односторонней потерей зрения.

Вставка 26. Психологические и психические последствия употребления метамфетамина

- Психические симптомы, включая острый психоз, депрессию и тревожные расстройства, были связаны как с острой интоксикацией, так и с повторным и длительным употреблением метамфетамина.
- Наиболее распространенные симптомы психоза, вызванного метамфетамином, включают завышенные и бредовые убеждения, слуховые и зрительные галлюцинации и сильное возбуждение. Вызванный метамфетамином психоз наблюдался в основном среди потребителей, подверженных проблемам с психическим здоровьем, но он может возникать и у людей без каких-либо ранее существовавших проблем с психическим здоровьем.
- Хотя психоз, вызванный метамфетамином, обычно проходит спонтанно, у небольшого числа потребителей развиваются психотические симптомы, требующие лечения в отделениях неотложной медицинской помощи и/или психиатрических отделениях.
- Иногда у потребителей могут развиваться психотические симптомы, которые продолжаются в течение недель или месяцев с момента начала, даже если удалось добиться воздержания от метамфетамина.

Вставка 27. Хронические или долгосрочные побочные эффекты и частое употребление метамфетамина

- Психоз, связанный с метамфетамином – развитие психоза обычно связано с кумулятивным количеством потребляемого метамфетамина.
- Риски, связанные с инъекцией – инъекции метамфетамина имеют такой же риск, как и инъекции других стимуляторов. К ним относятся риск бактериальных, вирусных и системных инфекций, включая вирусы, передающиеся через кровь.
- Высокий риск, связанный с сексуальным поведением, и риски, связанные с инъекциями – Употребление метамфетамина связано с «химсексом». Хотя эта связь может и не быть причиной, большое количество данных указывает на увеличение сексуальных рисков, связанных с употреблением метамфетамина, включая секс без презерватива.
- Хроническое злоупотребление метамфетамином может спровоцировать воспаление оболочки сердца а среди лиц, употребляющих наркотики инъекционным путем, повреждение кровеносных сосудов и кожные абсцессы.
- У хронических потребителей могут случаться эпизоды **агрессивного поведения, паранойя, тревога, спутанность сознания и бессонница**. У злоупотребляющих потребителей наблюдается прогрессирующая социальная и профессиональная деградация. Психотические симптомы могут сохраняться в течение месяцев или лет после прекращения приема препарата.

Вставка 28. Зависимость от метамфетамина и синдром отмены

Риск развития метамфетаминовой зависимости высок.

- Повторное и частое употребление метамфетамина связано с привыканием.
- Зависимые от метамфетамина потребители часто испытывают симптомы абстиненции, когда перестают его употреблять. Он характеризуется психологическими и психиатрическими, а не физическими симптомами.

Вставка 29. Симптомы отмены метамфетамина

- Острые симптомы отмены метамфетамина аналогичны симптомам отмены других стимуляторов.
- Сообщалось об усилении симптомов абстиненции среди пожилых потребителей, которые употребляли метамфетамин в течение более длительного времени и у которых были более серьезные расстройства, связанные с употреблением метамфетамина.

Вставка 30. Долгосрочные физиологические побочные эффекты употребления метамфетамина

- Сердечно-сосудистые эффекты – длительное употребление метамфетамина может привести к тяжелым сердечно-сосудистым осложнениям, связанным с хронической гипертензией и сердечно-сосудистыми заболеваниями, таким как стенокардия, аритмии, пороки клапанов, геморрагический/ишемический инсульт и повышенная частота инфаркта миокарда.
- Неврологические эффекты – хроническая гиперстимуляция центральной нервной системы в результате употребления метамфетамина может привести к частым головным болям, тремору, атетическим движениям и судорогам.

- Респираторные эффекты – курение метамфетамина может вызывать респираторные симптомы и расстройства, такие как отек легких, бронхит, легочная гипертензия, кровохарканье и гранулема. Метамфетамин связан с легочной гипертензией, хотя его точная роль остается неясной.

Другие долгосрочные эффекты

- некроз печени и центрлобулярная дегенерация даже при отсутствии гепатита;
- инфаркт брыжейки, сегментарный ишемический колит, васкулит и спонтанное разрешение спазма сосудов;
- оральные и стоматологические симптомы; однако они могут быть важными факторами образа жизни, а не самим препаратом.

Вставка 31. Психологические и психические последствия употребления метамфетамина

- Существует хорошо известная связь между длительным употреблением метамфетамина и проблемами психического здоровья.
- Употребление метамфетамина может быть связано с перепадами настроения, тревожными расстройствами, депрессивными расстройствами и симптомами, даже после лечения и воздержания.

Вставка 32. Психотические расстройства, вызванные метамфетамином

- Психотическое расстройство, вызванное метамфетамином, было связано с длительным употреблением метамфетамина в высоких дозах и продолжительным употреблением.
- Симптомы могут включать чувство преследования и другие слуховые, зрительные и тактильные мании и галлюцинации. Расстройство часто связано с перепадами настроения.

С.2.3.2.5. ГАЛЛЮЦИНОГЕННЫЕ И СИНТЕТИЧЕСКИЕ АГОНИСТЫ КАНАБИНОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ (SCRA)

Вставка 33. Начало и продолжительность эффектов галлюциногенных НВПС

- Существуют значительные различия между галлюциногенными веществами с точки зрения скорости наступления эффектов, от нескольких секунд до нескольких часов. Например:
- Н, Н -диметилтриптамин (ДМТ) оказывает почти мгновенное действие.
- Эффекты ЛСД проявляются примерно через 60 минут после приема внутрь.
- В случае галлюциногенных НВПС для начала действия может потребоваться много часов, с риском того, что некоторые потребители могут потреблять новые дозы с ложным убеждением, что первая доза не оказала никакого действия.
- Продолжительность действия галлюциногенных препаратов колеблется от нескольких минут до суток в зависимости от потребляемого вещества. Например:
- ДМТ, потребляемый путем vaporизации, является наркотиком с очень короткой продолжительностью действия, достигая максимального эффекта даже через 5 минут.
- К промежуточным галлюциногенам относятся 2С-В, действие которых длится 2-3 часа.
- ЛСД является галлюциногеном длительного действия с ожидаемой продолжительностью действия 8-12 часов.
- Галлюциногены длительного действия включают 2,5-диметокси-4-метиламфетамин (ДОМ) и другие из серии DOx 4-замещенный-2,5-диметоксиамфетамин (DOx), 2,5-диметокси-4-н-пропилфенэтиламин (2С-Р) и бром-стрекоза, о которых сообщается, что эффект длится 1-3 дня.

Вставка 34. Употребление галлюциногенных НВПС

- Галлюциногены обычно принимают внутрь или употребляют сублингвально/перорально, часто в виде небольших порций пергаментной бумаги (иногда называемых «пачками»), которые держат во рту, чтобы обеспечить всасывание через слизистую оболочку полости рта.
- Менее распространенными путями введения являются вдыхание, курение, ректальное введение и внутривенная инъекция.

Вставка 35. Острые вредные эффекты галлюциногенных препаратов

- Психологические и психические эффекты: «кошмарные трипы» – наиболее частая причина попадания в больницу в связи с употреблением галлюциногенов является так называемое «кошмарный трип». Психологические побочные эффекты могут возникать при приеме обычных доз и включают чувство потери контроля, нарушение восприятия и приступы дисфории, тревогу, возбуждение и панику и/или паранойю, которые могут быть тяжелыми.
- Острая интоксикация – обычные галлюциногены, такие как ЛСД и псилоцибин, обладают низкой внутренней токсичностью, если только не проглатывается очень высокая доза.
- Подострые эффекты – Даже при отсутствии острой интоксикации побочные эффекты могут включать тошноту, диарею, ощущение жара и холода, тремор и слабость, головокружение, сонливость, парестезии, нечеткость зрения, расширение зрачков, тахикардию и артериальную гипертензию, повышение сухожильных рефлексов и боль.
- Острые вредные воздействия – Передозировка ЛСД встречается редко, но сообщалось о коллапсе, коме, рвоте, остановке дыхания, гипертермии и рабдомиолизе.
- Некоторые НВПС обладают более высокой токсичностью и более узкими терапевтическими и безопасными показателями, что приводит к повышенному риску острой интоксикации и тяжелых побочных эффектов.

Вставка 36. Примеры острой интоксикации в результате потребления галлюциногенных НВПС

Модели системной токсичности различаются в зависимости от классов галлюциногенных препаратов и типов галлюциногенных препаратов, но включают следующее:

- Симпатомиметическая интоксикация сообщалась после приема внутрь нескольких галлюциногенных агентов, включая ЛСД, мескалин, а также серии препаратов 2С и альфа-метилтриптамина.
- Серотонинергический синдром. Некоторые НВПС обычно могут вызывать симптомы серотонинергического синдрома (например, 5-МeO-DIPT), особенно при употреблении в сочетании с другими серотонинергическими веществами.

Вставка 37. Психологические и психические эффекты галлюциногенных НВПС

- Галлюциногенные препараты обычно не связаны с развитием хронических психических расстройств, таких как шизофрения и депрессия.
- Галлюциногены являются редкой причиной психоза, вызванного психоактивными веществами, при котором наркотик вызывает психотический эпизод, который может сохраняться после того, как последствия интоксикации имели место.
- Нейро-поведенческие и психические эффекты – расширенные зрачки, галлюцинации, сенсорные искажения и галлюцинации в любой форме, синестезия, нарушения, эйфория или дисфория, паранойя, референтные идеи, иллюзии, деперсонализация, тревога, дезориентация, диссоциация, возбуждение, суицидальные мысли, судороги, спутанность сознания, головные боли, парестезии.

Вставка 38. Другие эффекты галлюциногенных НВПС

- Метаболический ацидоз, гипертермия, гипогликемия, гиперемия, потливость, рабдомиолиз. Отравление галлюциногенными препаратами может привести к случайным травмам и смерти, включая автомобильную аварию, падение или переохлаждение.
- Желудочно-кишечные/мочевые/почечные эффекты – тошнота, рвота, диарея, острое поражение почек.
- Сердечно-сосудистые, костно-мышечные и респираторные эффекты – тахикардия, артериальная гипертензия, миалгия, судороги, напряжение мышц и сжимание челюстей, тахипноэ.

Вставка 39. Вредное воздействие как результат частого и длительного употребления

- В настоящее время нет доказательств того, что «классические» галлюциногены обладают хроническими нейротоксическими эффектами.
- Обычно не наблюдается постоянного и компульсивного характера потребления, а также признаков зависимости от ЛСД или других классических галлюциногенов. Галлюциногены, по-видимому, не проявляют классических моделей толерантности или отмены. Эффекты ЛСД и других галлюциногенов, по-видимому, значительно ослабевают в течение периода после употребления или, например, при употреблении 2 дня подряд.
- ДМТ, потребляемый путем испарения/курения, по-видимому, является исключением из этого правила, поскольку имеет как необычно короткую продолжительность действия, так и пропорционально короткую продолжительность тахифилаксии.

Вставка 40. Стойкие расстройства восприятия вызываемые галлюциногенами

- Стойкие расстройства восприятия вызываемые галлюциногенами (HPPD) и «флешбэки» связывались, в частности, с потреблением классических галлюциногенов. Симптомы могут включать постоянные нарушения в любой форме, хотя, по-видимому, наиболее распространены нарушения зрения. Так, зрительные особенности включают геометрические галлюцинации, вспышки цвета или полос, усиление цвета и движения, особенно на уровне периферического зрения, постоянство изображения, дорожки и ореолы вокруг предметов. В отличие от психоза редко возникают неправильные интерпретации восприятий в смысле преследования, хотя высокая тревожность часто связана с HPPD.
- Не существует установленного лечения HPPD, и исследования очень ограничены, но многофакторный характер расстройства и выраженность сопутствующих заболеваний предполагают необходимость высокоиндивидуализированного лечения с уменьшением стресса, уменьшением потребления веществ или воздержанием от их потребления (включая алкоголь и, возможно, кофеин), а также лечение коморбидных расстройств, в том числе тревожных.
- Сообщалось об улучшении в некоторых случаях потребления HPPD в результате применения психотерапии и модификации поведения.

С.2.3.2.6. СИНТЕТИЧЕСКИЕ АГОНИСТЫ КАНАБИНОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ

Вставка 41. Способы употребления синтетических агонистов каннабиноидных рецепторов

- В то время как все SCRA связывают с более сильным вредным воздействием, чем натуральный каннабис, новые поколения SCRA имеют более высокий уровень вредного воздействия по сравнению с предыдущими поколениями.
- В чистом виде SCRA представляют собой либо твердые вещества, либо масла.
- Продукты SCRA обычно распыляют на инертные растительные материалы. Однако теоретически их можно распылять на любой материал, и есть сообщения о том, что SCRA распыляют на бумагу или текстиль, особенно для того, чтобы избежать обнаружения.

Сообщалось также о других формах, в том числе:

- порошки, инъекции и жидкости для электронных сигарет; в продуктах, подобных смоле каннабиса, а также в образцах травы каннабиса;
- в смесях, содержащих другие НВПС, такие как стимуляторы, галлюциногены и седативные/снотворные средства, а также в таблетках экстази (МДМА).
- Продукты, содержащие SCRA, часто очень разнообразны как по химическому составу, так и по концентрации. Продукт, продаваемый как SCRA, может содержать несколько SCRA с потенциальным взаимодействием с лекарственными средствами.

Вставка 42. Желаемые и нежелательные эффекты синтетических агонистов каннабиноидных рецепторов

- Желаемые эффекты и мотивация потребления включают:
- сильный седативный эффект;
- возможность необнаруженного потребления из-за нетоксикологического анализа в клинических центрах.
- В некоторых европейских странах SCRA в основном используются уязвимыми группами, включая бездомных и заключенных.
- Продолжительность действия различных соединений SCRA различна и может варьировать от 1-2 часов для одних соединений до 6-8 часов для других.
- SCRA производят уникальные и отличные от каннабиса субъективные эффекты. Есть также сообщения об эффектах похмелья, а также о других негативных эффектах, не связанных с натуральным каннабисом.

Вставка 43. Острая интоксикация в результате потребления синтетических агонистов каннабиноидных рецепторов

- Интоксикация SCRA характеризуется эффектами, подобными каннабису, включая психоз и симпатомиметические эффекты, судороги, тахикардию, гипертонию, потливость, гипертермию, возбуждение и воинственность. Некоторые SCRA могут быть связаны с серотонинергическим синдромом.
- Сообщалось, что SCRA вызывают ряд других токсических эффектов, включая острое повреждение почек. Некоторые SCRA, особенно новые поколения (например, MDMB CHMICA), имеют тяжелую токсичность и могут ассоциироваться со смертью.

Вставка 44. Острые психологические, психические, когнитивные и неврологические побочные эффекты потребления синтетических агонистов каннабиноидных рецепторов

- Неконтролируемый смех, возбуждение, гнев, грусть, ровный аффект, тревога, панические атаки, мания преследования, слуховые и зрительные галлюцинации, изменения восприятия, депрессия и суицидальные мысли.
- Нарушения кратковременной и когнитивной памяти, блокировка мыслей, спутанность сознания, сонливость и седативный эффект.
- Онемение, покалывание, головокружение, бледность, нистагм, шум в ушах, потоотделение, тремор, судороги, амнезия, снижение сознания, обмороки, кататонические состояния и кома. Сообщалось также о временной потере зрения и речи.

Потребление SCRA было связано с психозом, возможно, с более высоким риском психоза при использовании SCRA, чем при натуральном каннабисе.

- Психоз, связанный с SCRA, был связан с более значительным состоянием возбуждения, чем можно было бы ожидать от натурального каннабиса.
- Имеются сообщения о транзиторных острых психозах, связанных с SCRA, а также сообщения о том, что у некоторых людей может наблюдаться психоз, сохраняющийся в течение нескольких недель после острой интоксикации.
- Сообщалось о психозах, вызванных SCRA, у уязвимых лиц, в том числе у лиц с психозом в анамнезе, а также у здоровых людей без психоза в анамнезе.

Вставка 45. Острые физиологические эффекты потребления синтетических агонистов каннабиноидных рецепторов

- Острые физиологические побочные эффекты, связанные с потреблением SCRA, включают:
- Нервно-мышечные и костно-мышечные эффекты: артериальная гипертензия, миоклонус, мышечные судороги, миалгия, рабдомиолиз.
- Кардиотоксические эффекты: сообщается, что в два-три раза чаще вызывает симпатомиметические эффекты, такие как тахикардия и гипертония, чем натуральный каннабис.
- Почечные эффекты: острое поражение почек.
- Сердечно-сосудистые эффекты – тахикардия, артериальная гипертензия или гипотензия, гипокалиемия, боль в груди, тахикардия, ишемия миокарда, инфаркт миокарда, инсульт.
- Желудочно-кишечные эффекты – тошнота, рвота.
- Другие эффекты – гипокалиемия, легочные эффекты, похолодание конечностей, сухость во рту, одышка, мидриаз, рвота.

Вставка 46. Неврологические, когнитивные и психические эффекты потребления синтетических агонистов каннабиноидных рецепторов.

- Тревога, возбуждение, агрессия, острая тревога, дезорганизованное мышление, блокировка мышления, мысли преследования, делирий, слуховые и зрительные галлюцинации, депрессия, суицидальные мысли, острый психоз, снижение уровня сознания; онемение, покалывание, обморок, головокружение, бледность, шум в ушах, потоотделение, тремор, сонливость, обмороки, апатия, нистагм и судороги, нарушение кратковременной и когнитивной памяти, спутанность сознания, седативный эффект и сонливость, бессвязная речь и амнезия.

Вставка 47. Хронические вредные эффекты связанные с длительным и частым употреблением синтетических агонистов каннабиноидных рецепторов

Вредное и зависимое потребление: привыкание и абстиненция:

- SCRA, похоже, вызывают привыкание.
- Привыкание к SCRA развивается быстрее, чем к натуральному каннабису, с гораздо более тяжелым и продолжительным абстинентным синдромом.

Сообщаемые характеристики абстиненции от употребления SCRA:

- головная боль, тревога, кашель и нарушение сна/бессонница;
- нетерпение, трудности с концентрацией внимания, гнев/раздражительность, тревога, депрессия и аппетит;
- тошнота, потливость, тремор, артериальная гипертензия и тахикардия.

Вставка 48. Другие эффекты длительного и частого употребления синтетических агонистов каннабиноидных рецепторов

Вредное и зависимое потребление: привыкание и абстиненция:

- Мало что известно о долгосрочных и вредных последствиях употребления SCRA.
- Имеющиеся исследования показывают, что длительное и частое употребление SCRA связано с психозом, когнитивными нарушениями, карциномой (различными формами) и заболеваниями легких, хотя для подтверждения этих первоначальных результатов необходимы дальнейшие исследования.

Вставка 49. Особенности потребления НВПС и стимуляторов у женщин

- Согласно Всемирному ежегодному докладу о наркотиках за 2020 г.⁴ каждый четвертый потребитель наркотиков – женщина. Характер употребления наркотиков женщинами существенно отличается от такового мужчин. Отрицательный детский опыт по-разному влияет на мужчин и женщин.
- Женщины обычно начинают употреблять психоактивные вещества позже, чем мужчины, но после начала их потребление начинает увеличиваться быстрее, чем у мужчин. Этот эффект называется «телескопированием».
- Женщины, пережившие трудные ситуации в детстве, усваивают свое поведение и могут начать употреблять наркотики для самолечения. Внутренние проблемы, такие как депрессия и тревога, чаще встречаются у женщин, чем у мужчин. Негативный детский опыт может вызывать отрицательные эмоции, такие как вина, стыд или низкая самооценка. Исследования показали, что употребление наркотиков является формой социального неповиновения для мальчиков, сталкивающихся с неблагоприятными условиями детства. В то же время девочки, пережившие насилие, чаще интернализуют его через тревогу, депрессию, социальную изоляцию, чаще употребляют психоактивные вещества для самолечения.
- В отличие от женщин среди мужчин показатели двойного диагноза (посттравматическое стрессовое расстройство и расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ) в 2-3 раза ниже и, как правило, являются следствием травм, полученных в ходе боевых или криминальных действий.
- Еще одно отличие состоит в том, что женщины чаще употребляют наркотики с интимным партнером, а мужчины чаще употребляют наркотики с друзьями-мужчинами.

⁴ <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>

- Женщины имеют более высокий риск инфекционных заболеваний, чем мужчины. По сравнению с мужчинами женщины более уязвимы к ВИЧ, гепатиту С и другим инфекциям, передающимся через кровь. Уязвимые женщины, как правило, исключаются из таких услуг, как программа обмена шприцев, лечения наркозависимости, услуг по охране репродуктивного здоровья, перинатального ухода, социальных служб, и возвращаются в круг уязвимости. Конкретные факторы высокого риска включают тот факт, что женщины чаще, чем мужчины, оказываются «вторыми на игле», то есть им делают инъекцию после того, как инъекцию делают их партнеру. Женщины, употребляющие наркотики, также прибегают к услугам сексуального характера для приобретения наркотиков, что еще больше повышает их уязвимость к ВИЧ и другим инфекциям, передающимся через кровь.
- Обычно у женщин больше обязанностей по дому, в семье и по уходу за детьми, и им труднее получить доступ к профилактике, лечению и психосоциальной помощи. Такой негативный детский опыт увеличивает риск употребления психоактивных веществ детьми женщин с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков.
- Модель употребления наркотиков женщинами и связанный с этим вред часто связаны с интимными партнерами-мужчинами, они также просят своего партнера-мужчину, который познакомил их с наркотиком, сделать им инъекцию, в том числе в компании и в присутствии других.
- Женщины реже, чем мужчины, контролируют качество лекарств, приспособлений и инструментов для потребления, скорее всего, все это предоставляется партнером. Женщине также может быть трудно договориться о безопасном поведении, таком как использование чистых одноразовых шприцев или презервативов. В ситуациях, когда интимные партнеры женщин предлагают им наркотики, часто ожидается, что им будут оказаны сексуальные услуги, что указывает на гендерный дисбаланс, усугубляемый употреблением психоактивных веществ. В этих условиях отказ женщины от секса или ее попытки обсудить использование презерватива могут привести к дальнейшей агрессии со стороны ее партнера, особенно если он находится под воздействием наркотиков.
- Употребление наркотиков женщинами может привести к нарушению менструального цикла. Во время беременности употребление пагубно влияет на их новорожденных: преждевременные роды, низкий вес при рождении, абстинентный и фетальный синдром.
- Матери с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, подвергают опасности здоровье и развитие своих детей.

С.2.3.3. ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Вставка 50. Лабораторные исследования и психологические тесты на НВПС и стимуляторы

А. Эти вещества не определяются традиционными экспресс-тестами. В настоящее время также отсутствуют методы СТИ (химико-токсикологические исследования) для выделения этих веществ из биологической среды человека, хотя наиболее подходящими для этой задачи следует считать методы ГХ-МС и тандемную масс-спектрометрию.

Примечание: Пациентам с сопутствующими заболеваниями должны быть проведены дополнительные параклинические исследования по рекомендации лечащего врача.

В. Параметры общего анализа крови, тромбоциты, тип кровотечения, ЭАТ, трансаминазы (АЛТ, АСТ) – увеличиваются в десятки раз по сравнению с нормальными значениями, имеют внезапное повышение и быстрое прогрессирование; ГГТ – глутатионтрансфераза, билирубин, щелочная фосфатаза сыворотки, коагулограмма, протромбиновое время (ПВ), мочевины, креатинин сыворотки – увеличиваются при проявлениях почечной недостаточности, гликемия – гипогликемия возникает у детей в очень тяжелых состояниях.

С. Обязательные лабораторные исследования первого этапа у больного в состоянии алкогольного опьянения:

- общий анализ крови, время кровотечения, группу крови и резус-фактор
- EAB – для оценки оксигенации, выявления декомпенсированного ацидоза или алкалоза
- биохимический анализ: мочевины, креатинина, гликемия, АЛТ, АСТ, билирубин, осмолярность
- коагулограмма (при специфических интоксикациях: салицилаты, железо и др. необходимо выполнение развернутой коагулограммы)
- токсикологическое и суммарное исследование мочи, плотность мочи
- специфическое токсикологическое исследование
- ЭКГ, эхокардиография по необходимости
- визуализация: рентген грудной клетки и брюшной полости. Визуализация внутренних органов и/или КТ головного мозга (полезно при травмах, связанных с интоксикацией)
- Интервал мониторинга: некоторые параметры измеряются непрерывно.

D. *Нейропсихологические тесты.*

Тест **DAST-10** – предназначен для оценки риска наркомании. Содержит 10 вопросов. Применяется для взрослых. (Приложение 5).

Тест **CRAFT** – оценивает риск привыкания к алкоголю и другим психоактивным веществам. Содержит 6 вопросов. Рекомендуются для подростков.

Test **ASIST** – скрининг-тест (WHO ASSIST 11) для выявления зависимости от алкоголя, табачных изделий и других веществ. (Приложение 4).

С.2.3.4. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ (ОБЯЗАТЕЛЬНО)

В процессе диагностики следует учитывать другие расстройства и состояния с аналогичными или идентичными проявлениями, чтобы исключить или учесть их. Как уже упоминалось, многие потребители стимуляторов страдают от сопутствующих психических заболеваний, таких как биполярное расстройство, пограничное расстройство личности и так далее. Точно так же следует определить причину сердечного приступа или судорог для оптимального текущего лечения и лечения.

Перед дифференциальной диагностикой сопутствующего психического расстройства (двойной диагноз) пациент должен воздерживаться от употребления наркотиков в течение определенного периода времени, по крайней мере, в течение 3-4 недель. В то же время можно лечить представленный синдром и симптомы и поставить диагноз неуточненного психического расстройства (**NOS**). Более подробную информацию о процессе диагностики для пациентов с симптомами, указывающими на сопутствующее употребление психоактивных веществ и расстройства настроения, можно найти в TIP 9 «Оценка и лечение пациентов с сопутствующими психическими заболеваниями и злоупотреблением алкоголем и другими наркотиками» (CSAT, 1994a).

Вставка 51. Критерии дифференциальной диагностики при потреблении НВПС и стимуляторов

Несмотря на некоторые фармакологические различия между некоторыми психоактивными веществами, признаки зависимости и интоксикации схожи, лечение в большинстве случаев примерно одинаковое. Для дифференцированной диагностики необходима клиническая оценка специфических проявлений интоксикации, потребления и/или последствий. Дифференциальный диагноз ставится при одновременном употреблении различных веществ:

1. Дифференциальный диагноз с психическими заболеваниями:

- шизофрения
- бредовое расстройство
- биполярное расстройство – маниакальный эпизод
- истерическое расстройство
- последствия черепно-мозговой травмы

Пациенты с тяжелым отравлением синтетическими каннабиноидами имеют характеристики, общие для многих других медицинских отравлений и состояний, особенно тех, которые вызывают возбуждение, эпилептические припадки или острый психоз.

Лечение интоксикации синтетическими каннабиноидами носит поддерживающий характер и определяется наличием и тяжестью конкретных клинических проявлений.

- Возбуждение и психоз – Пациенты с выраженным возбуждением вследствие интоксикации **синтетическими агонистами каннабиноидных рецепторов**
- обычно не реагируют на словесную задержку и требуют седации бензодиазепинами (например, мидазоламом или лоразепамом).
- Гипертермия – гипертермия (ректальная температура > 38,5°C может быть результатом миотонической активности, вызванной синтетическими каннабиноидами, судорогами, рабдомиолизом или комбинацией этих трех факторов, и ее следует активно лечить с помощью мер механического охлаждения).
- Судороги. Судороги, вызванные синтетическими каннабиноидами, оправдывают начальное лечение бензодиазепинами (например, лоразепамом или диазепамом с повторными дозами по мере необходимости). Если судороги не контролируются адекватными дозами бензодиазепинов, следует назначить второй противосудорожный препарат, такой как фенobarбитал.

Таблица 2. Дифференцированная диагностика патологических состояний, проявляющихся симптомами потребления новых веществ с психоактивными и стимулирующими свойствами

Диагноз	Этиология	Продромальное состояние	Начало	Различия в клинических проявлениях	Продолжительность психоза	Специфические «параклинические» маркеры	Интеллектуальный уровень до триггера	Сознание
Бредовые расстройства	Не известна	в анамнезе – данные, подтверждающие наличие параноидных, ананкастных изменений	острое	завышенные и бредовые идеи без нарушений восприятия	месяцы	отсутствуют	может быть незатронуто	сохранено
Шизофрения	Не известна	Социальная изоляция, философское опьянение, личностные изменения в кластере А.	медленное	Психотические признаки: преимущественно слуховые галлюцинации, бред, психосенсорные расстройства, психомоторные расстройства, апатия, абулия, когнитивные признаки	месяцы	отсутствуют	может быть незатронуто	сохранено
Истерическое и/или пограничное расстройство личности	разная: органическая и неорганическая	в анамнезе – данные, подтверждающие наличие характерных изменений гистрионного типа	острое	обострение на фоне стресса	часы, дни	отсутствуют	может быть незатронуто	затронуто или сохранено
Биполярное аффективное расстройство	эндогенная	в анамнезе – данные, подтверждающие выраженные положительные и/или отрицательные эмоциональные изменения	острое	корреляция (наличие или отсутствие) нарушений мышления и восприятия пациента с эмоциональным фоном	дни, месяцы	изменение уровня нейротрансмиттеров (дофамина, серотонина, норадреналина)	может быть незатронуто	сохранено

С.2.3.5. ПРОГНОЗ

Как и в случае других хронических состояний, употребление НВПС и стимуляторов имеет прогрессирующую эволюцию и зависит от типа и разнообразия вмешательства.

В краткосрочной перспективе прогноз относительно благоприятный, учитывая улучшение социальной функциональности после ремиссии симптомов во время эпизода потребления.

Отдаленный прогноз зависит от фармакологического лечения и методов психосоциальной реабилитации, которые приводят к повышению качества жизни, адаптации и психосоциальной интеграции.

Было показано, что только психосоциальные вмешательства эффективны для снижения употребления НВПС и стимуляторов у пациентов с расстройствами, связанными с употреблением стимуляторов, однако для многих пациентов одних только этих методов лечения недостаточно. В рандомизированных исследованиях не было доказано, что постоянно принимаемые медицинские препараты эффективны при НВПС и расстройствах, связанных с употреблением стимуляторов. Ни одно лекарство примененное в клинических испытаниях не доказало последовательную эффективность в случаях расстройств, связанных с употреблением НВПС и стимуляторов.

С.2.3.6. КРИТЕРИИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Вставка 52. Критерии госпитализации пациентов, употребляющих новые вещества с психоактивными и стимулирующими свойствами

- Наркологические отделения , ППСП, в зависимости от обстоятельств:
 - о Пациент с симптомами потребления, которые невозможно лечить амбулаторно;
 - о Пациент с психотическими симптомами, представляющими опасность для себя или окружающих;
 - о Пациент с психотическими симптомами и риском для жизни из-за сопутствующих заболеваний (см. В.2., С.1.6., С.61-С.63.);
 - о Пациент с признаками употребления, алкогольного опьянения средней степени, интоксикации или отравления (добровольное обращение, в том числе на условиях анонимности).
- Психиатрические больницы, в зависимости от обстоятельств:
 - о Больной с психотическими симптомами, с которым не удалось справиться в наркологическом отделении.

Вставка 53. Критерии госпитализации в отделения интенсивной терапии и реанимации пациентов употребляющих новые вещества с психоактивными и стимулирующими свойствами

- Пациент с признаками опасности для жизни – декомпенсация жизненных функций в случаях: передозировки, острой интоксикации и др.
- Пациент в тяжелом состоянии после попытки суицида.

С.2.3.7. КРИТЕРИИ ПЕРЕНОСА С ОДНОГО УРОВНЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ДРУГОЙ

Вставка 54. Услуги и вмешательства в случае потребления новых веществ с психоактивными и стимулирующими свойствами

Уровень догоспитальной помощи		
ПМП	Амбулаторное лечение	Больничная помощь
<ul style="list-style-type: none"> - Освидетельствование лица с симптомами острой интоксикации и передозировки, обратившегося за услугой (в том числе, если освидетельствование запрашивают родственники) - Оценка лица с психотическими симптомами – возбужденным, само- и/или гетероагрессивным, общественно опасным поведением. - Оказание симптоматической помощи в зависимости от конкретного состояния больного (направление в РНД, территориальные наркологические диспансеры, психиатрические стационары, отделения интенсивной терапии и реанимации, ОЦПЗ по показаниям) 	<p>Первичная медицинская помощь</p> <ul style="list-style-type: none"> - Оценка людей с высоким риском потребления. - Подозрение семейного врача на признаки употребления SPA. - Обучение в случае зависимого поведения. - Отказ от употребления наркотиков. - В случае выявления употребления SPA направление в РНД и к специалисту психиатру-наркологу. - Профилактика рецидивов посредством оценки состояния здоровья и мониторинга. 	<p>Наркологические отделения РНД и психиатрических больниц (взрослые и подростки)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Прием больных с психотическими симптомами по направлению семейных врачей, нарколога амбулаторно-поликлинической службы и в случаях самостоятельного обращения; - Прием больных с психотическими симптомами по заявкам экстренных служб и милиции с немедленным информированием нарколога и РНД. - Дезинтоксикационная и медикаментозная терапия по мере необходимости в стационарных условиях. - Направление больного, находящегося в состоянии ремиссии (семейный врач, нарколог), в амбулаторно-реабилитационную службу (Реабилитационный центр в рамках РНД, общественные объединения и частные учреждения на местах, программы психосоциальной помощи и Программа 12 Шагов, религиозные конфессии).
	<p>Территориальный наркологический кабинет</p> <ul style="list-style-type: none"> - Базовая наркологическая служба, осуществляющая медико-социальный надзор за лицами, употребляющими наркотики, из обслуживаемого региона (муниципалитета, района), с предоставлением консультаций, назначением лекарств и оказанием психолого-социальной реабилитации в зависимости от обстоятельств. - Диспансеризация потребителей НВПС и стимуляторов в обслуживаемом регионе (муниципалитет, район). 	

	<p>ОЦПЗ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Базовая служба охраны психического здоровья, располагающая информацией обо всех людях с психическими расстройствами в обслуживаемом регионе (муниципалитет, район). - ОЦПЗ – это медико-социальная служба предоставляющая консультации с назначением лекарственных средств и услугами психосоциальной реабилитации. - Диспансеризация больных с психическими расстройствами в обслуживаемой области (муниципалитет, район). - Если в районе нет врача-нарколога, помощь оказывается в ОЦПЗ. 	
	<p>РНД</p> <ul style="list-style-type: none"> - Базовая наркологическая служба, осуществляющая медико-социальный надзор за потребителями из обслуживаемого региона (муниципалитета, района), предоставляющая консультации, с назначением лекарств и проведением психолого-социальной реабилитации в зависимости от обстоятельств. - услуги дневного стационара (дезинтоксикация, медикаментозное лечение в зависимости от ситуации); - реабилитационная служба; - индивидуальные и групповые психологические консультации; - помощь при сопутствующих заболеваниях (ВИЧ, ТБ, вирусные гепатиты); 	

Поддержка сообщества

- Выявление людей употребляющих НВПС и стимуляторы и предоставление услуг по снижению риска (информация, воспитание и обучение, доступ к стерильным потребительским устройствам, защитным средствам/презервативам, тестирование на ВИЧ, ИППП, вирусный гепатит, ПРеП, соблюдение начатого и текущего лечения, скрининг на туберкулез, лечение передозировки), включая услуги предоставляемые сверстниками и онлайн;
- Информирование и мотивация на лечение;
- Индивидуальное психологическое консультирование по модели когнитивно-поведенческой терапии;
- Межличностная терапия (роль конфликта, роль переходных и копинг-механизмов);
- Длительная групповая терапия через группы взаимной поддержки или Программу 12 шагов;
- Семейные интервенции, группа взаимопомощи для родителей и родственников (созависимых людей);
- Развитие волонтерских служб для пациентов, достигших определенного этапа реабилитации, по Программе 12 шагов;
- Направление в службы размещения/приюта;
- Содействие социальной поддержке и доступу к услугам социальной помощи
- Направление и сопровождение в медицинские, специализированные и социальные службы;
- Оплата медицинских услуг или лекарств, которые не покрываются НКМС, страховым полисом и т.д.;
- Социальная реинтеграция и восстановление семейных и социальных связей. Помощь в подготовке резюме и трудоустройстве;
- Организация комплексных реабилитационных услуг в рамках терапевтических сообществ (на основе Программы 12 шагов).

С.2.3.8. ЛЕЧЕНИЕ

С.2.3.8.1. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Вставка 55. Принципы немедикаментозного лечения

Задачи немедикаментозного лечения:

- ✓ создание условий, благоприятствующих применению медикаментозного лечения;
- ✓ ремиссия/прекращение и/или снижение злоупотребления НВПС и стимуляторами;
- ✓ снижение рисков, связанных с применением НВПС и стимуляторов;
- ✓ улучшение физического, социального, психологического и духовного состояния больного;
- ✓ профилактика рецидивов.

Поддержка и забота о потребителях НВПС и стимуляторов направлены на снижение сопутствующих рисков для активных потребителей, которые будут включать:

- ✓ Программы распространения презервативов, лубрикантов и популяризация безопасного секса
- ✓ Замена шприцев
- ✓ Услуги тестирования на ВИЧ
- ✓ Антиретровирусная терапия (АРТ)
- ✓ Научно обоснованные психосоциальные вмешательства и лечение зависимости
- ✓ Профилактика, диагностика и лечение ИППП, гепатита и туберкулеза (ТБ)
- ✓ Информация, образование и коммуникация (ИОК) для потребителей наркотиков и их сексуальных партнеров
- ✓ Профилактика и лечение передозировок и острых интоксикаций.

Немедикаментозное лечение, реабилитация и психосоциальная поддержка группы пациентов в стадии ремиссии предполагают долгосрочные вмешательства с целью снижения потребления, предназначенные для оказания поддержки пациенту на протяжении всего процесса лечения и после него. Эти формы поддержки предоставляются пациентам в стабильном состоянии, после периода абстиненции:

- ✓ Индивидуальное психологическое консультирование по модели когнитивно-поведенческой терапии;
- ✓ Консультирование сверстниками по вопросам продолжения фармакологического лечения метадонотом и бупренорфином;
- ✓ Межличностная терапия (роль конфликта, роль переходных и копинг-механизмов);
- ✓ Экспресс-тестирование на ВИЧ, сифилис и консультирование по соблюдению режима АРВ-терапии;
- ✓ Групповая терапия через группы взаимной поддержки пациентов (Программа 12 шагов);
- ✓ Семейные интервенции, группа взаимопомощи для родителей и родственников (созависимых);
- ✓ Волонтерские услуги для пациентов, достигших определенного этапа реабилитации, по Программе 12 шагов;
- ✓ Социальная помощь;
- ✓ Сопровождение на общие медицинские услуги.
- ✓ Социальная реинтеграция и восстановление семейных и социальных связей. Помощь в подготовке резюме и трудоустройстве;
- ✓ Комплексные реабилитационные услуги в рамках терапевтического сообщества (после Программы 12 шагов).

Основное внимание уделяется снижению риска рецидива/возвращения к употреблению психоактивных веществ за счет всесторонней поддержки восстановления социальной функции, благополучия и социальной реинтеграции.

Рекомендуется, чтобы после интенсивного амбулаторного лечения пациенты переходили на менее интенсивный уровень лечения и долгосрочную поддержку, включая психосоциальную и общественную поддержку. Мониторинг после лечения, обучение поддержанию ремиссии, направление и поддержка в доступе к общественным службам, установление связей с сообществами поддержки (сверстников и специализированных) (например, через группы взаимной поддержки, Программу 12 шагов), включая возобновление лечения, если это необходимо.

Вставка 56. Управление непредвиденными обстоятельствами⁵

Управление непредвиденными обстоятельствами – это вмешательство, направленное на устранение или изменение определенного поведения, связанного с употреблением психоактивных веществ, путем использования позитивных процедур консолидации или вознаграждений (денежных и неденежных). Управление непредвиденными обстоятельствами основано на принципах обусловливания, доказывающих, что со временем вознаграждаемое поведение, вероятно, станет доминирующим.

⁵ Лечение расстройств, связанных с употреблением стимуляторов: современная практика и многообещающие перспективы, дискуссионный документ УНП ООН, 2019 г.

Вставка 57. Психологическая помощь потребителям НВПС и стимуляторов - рекомендуемые вмешательства:

В процессе оказания помощи потребителям НВПС рекомендуется проводить определенные научно обоснованные психологические (и фармакологические) вмешательства.

Рекомендуемые вмешательства	Эффект:
<ul style="list-style-type: none"> • Психообразование <ul style="list-style-type: none"> - индивидуально - направлено на формирование способности принимать решения во время лечения - акцент на расширении возможностей и восстановлении • Мотивационное интервью 	<ul style="list-style-type: none"> - индивидуальные встречи, как часть достаточного информирования о заболевании, его лечении и последствиях.
<ul style="list-style-type: none"> • Вмешательства направленные на семью <ul style="list-style-type: none"> - не менее 10 встреч - от 3 месяцев до года - желательно присутствие и пациента, и семьи - данное вмешательство может быть начато в период потребления, после стабилизации состояния больного или в период ремиссии 	<ul style="list-style-type: none"> - снижение частоты рецидивов - снижение сопутствующих рисков
Когнитивно-поведенческая терапия, как в фазе потребления, так и на более поздних стадиях	<ul style="list-style-type: none"> - снижение частоты рецидивов - снижение сопутствующих рисков

Вставка 58. Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПК)

КПК рекомендуется на всех этапах.

Когнитивно-поведенческая терапия должна быть доступна каждому пациенту. Она применяется для лечения признаков зависимости, психотических симптомов, тревоги, депрессии, самооценки, социальной дисфункции и других сопутствующих психических расстройств.

При психологическом лечении рекомендуется уделять систематическое внимание страданию, самооценке, самоопределению и социальной устойчивости по отношению к воспринимаемым ограничениям.

С.2.3.8.2. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Вставка 59. Фармакологическое лечение при потреблении НВПС и стимуляторов

До сих пор не существует эффективной фармакотерапии нарушений связанных с потреблением НВПС и стимуляторов, но эта тема интенсивно исследуется. Из-за различий в нейрохимии лекарств есть веские основания полагать, что для лечения этих форм употребления стимуляторов и НВПС могут потребоваться разные фармакотерапевтические методы. Однако, поскольку эти вещества оказывают сходное воздействие на уровень дофамина в головном мозге, лечение расстройств, связанных с употреблением кокаина, также изучается для лечения потребителей НВПС и стимуляторов.

Доказано, что антидепрессанты эффективны при лечении кокаиновой зависимости, в том числе *Флуоксетин*, *Мапротилин* и *Гепирон*. Из-за сильно выраженного воздействия кокаина на дофаминовую систему было исследовано множество различных дофаминергических соединений, в том числе *Амантадин*, *Бромокриптин*, *Бупропион*, *Флупентиксол*, *Карбидопа*, *Мазиндол*, *Метилфенидат* и *Тирозин*.

Вставка 60. Фармакологическое лечение -при употреблении НВПС и синтетических каннабиноидов

Клинические эффекты некоторых веществ могут иметь много характеристик схожих с интоксикацией каннабисом (марихуаной), включая возбуждение, тахикардию, воспаление конъюнктивы, нистагм, рвота, атаксия, седативный эффект и нечеткость речи. Однако, в отличие от каннабиса, синтетические каннабиноиды обладают значительным потенциалом вызывать серьезную и опасную для жизни токсичность.

- Тяжелая интоксикация с выраженным возбуждением или судорогами - из-за риска рабдомиолиза, ацидоза, инсульта, внутричерепного кровоизлияния и острого повреждения почек для пациентов с выраженным возбуждением или судорогами рекомендуются следующие лабораторные исследования:
 - Электролиты сыворотки
 - Азотуретия и креатинин крови
 - Креатинкиназа
 - Газовая хроматография
 - Лактат сыворотки
 - Алкоголемия
 - Точное количество тромбоцитов в крови
 - Миоглобин в моче
 - Экспресс тест на определение наркотических веществ и лекарств в биологических средах
 - Уровень насыщения кислородом (пульсоксиметрия)
 - Электрокардиограмма и непрерывный мониторинг ЭКГ
 - Тест на беременность по моче (женщины в постменархическом периоде)
 - Нейровизуализация (пациенты с судорогами)

Тестирование синтетических каннабиноидов – экспресс тест мочи не обнаружит синтетические каннабиноиды, поскольку химические соединения и их метаболиты не вступают в перекрестную реакцию с дельта-9-тетрагидроканнабинолом (ТГК) или его метаболитами.

Вставка 61. Лечение интоксикации НВПС и стимулянтами

При острой интоксикации, за исключением присутствия бреда или психоза, редко обращаются за специализированной медицинской помощью, в большинстве случаев обращаются в службу экстренной медицинской помощи. Легкая интоксикация требует лишь наблюдения и надзор в течение нескольких часов в благоприятной среде до исчезновения симптомов. Общие меры включают мониторинг показателей жизнедеятельности для нормализации частоты пульса, температуры и артериального давления; обеспечение спокойной и прохладной обстановки, которая помогает уменьшить возбуждение и преувеличенные реакции на внешние раздражители. Физические нагрузки и перегретая среда могут потенцировать побочные эффекты, так как раздражители воздействуют на механизм терморегуляции организма, в то время как сужение кровеносных сосудов удерживает тепло. В случае возбуждения и беспокойства показано применение **бензодиазепинов** с быстрым действием, например **Лоразепам** или **Диазепам**.

Вставка 62. Управление передозировкой НВПС и стимуляторами

Большинство фатальных и субфатальных передозировок происходит у начинающих потребителей или людей, которые случайно проглатывают большие количества, таких как дети и «упаковщики/мулы» (люди, которые используют собственное тело для незаконной перевозки наркотиков). Токсическая доза в случае стимуляторов имеет огромную изменчивость и без корреляции с массой тела является идиосинкразической и непредсказуемой.

Симптомы сублетальной передозировки могут включать: головокружение, тремор, раздражительность, спутанность сознания, враждебность, галлюцинации, панику, головную боль, покраснение, боль в груди, сердцебиение, сердечные аритмии, гипертонию, рвоту, судороги, повышенное потоотделение, повышенную чувствительность и сверхчувствительность. (см. Вставки 13, 25, 30, 36, 39, 42).

Большие дозы стимуляторов могут вызывать гипертермию, нарушения сердечного ритма, нерегулярное дыхание, судороги и инсульт. Могут возникнуть отравления, характеризующиеся возбуждением, усилением агрессии или психотическими проявлениями, особенно при употреблении стимуляторов. Развитие гиперпирексии (чрезмерно высокая лихорадка), тяжелой гипертензии, судорог и сердечно-сосудистого коллапса сигнализируют об угрожающей жизни ситуации.

Вставка 63. Лечение потенциально смертельной передозировки

Пользователей кардиостимуляторов с опасными для жизни клиническими признаками следует лечить стандартными методами спасения жизни (азбука реанимация) в соответствии со Вставкой 62. Острые неврологические симптомы, такие как нарушение жизненных признаков или судороги, требуют немедленного вмешательства. При правильном лечении передозировки пациент должен быть обследован на множественное употребление психоактивных веществ. Пациентов с передозировкой стимуляторов следует госпитализировать, особенно в случае злоупотребления психоактивными веществами.

В настоящее время не существует антидота или специфических антагонистов для передозировок, вызванных стимуляторами и новыми веществами с психоактивными свойствами, кроме Налоксона для опиоидов и Флумазенила - антагониста бензодиазепинов. Тем не менее предлагается следующие эффективные вмешательства:

- Проветривание помещения, снижение слуховых и зрительных раздражителей;

- Снижение гипертермии седацией для замедления и остановки возбужденных движений. Рекомендуется создание гипотермии с помощью пакетов со льдом, распыления холодной воды (метод тумана), понижение температуры в помещении, охлаждающие покрывала или другими методами. При неконтролируемой гипертермии, очень тяжелой и нарастающей, вводят **Дантролен** (мышечный релаксант);
- Снижение неконтролируемой артериальной гипертензии путем внутривенного введения из **Фентоламина** или **Дофамина**. Рекомендуются быстродействующие и легко контролируемые антигипертензивные средства, такие как **Нитропруссид натрия** (сосудорасширяющие средства) или **Фентоламин** (альфа-адреноблокатор);
- Купирование судорог или эпилептического статуса **Диазепамом** внутривенно или другими бензодиазепинами. **Диазепам** эффективен при приеме до или вскоре после употребления наркотиков, но менее эффективен после начала судорог; **Фенобарбитал** или **Фенитоин** можно использовать, если **Диазепам** неэффективен;
- При боли в груди оценивают признаки ишемии миокарда и инфаркта миокарда. **Нитраты** показаны при ишемии миокарда для ослабления коронарной вазоконстрикции. Бета-адреноблокаторы, такие как **Пропранолол**, не следует использовать, так как они могут усилить спазм сосудов. **Ацетилсалициловую кислоту** следует вводить, если нет противопоказаний, для уменьшения агрегации тромбоцитов, опосредованной стимуляторами и НВПС;
- Для лечения аритмий применяют стандартные методы, в том числе **Фенитоин**. Предсердные аритмии, которые не реагируют на охлаждение и седацию, могут потребовать осторожного применения блокаторов кальциевых каналов или смешанных блокаторов альфа/бета-адренорецепторов, таких как **Верапамил** и **Лабеталол**. **Лидокаин** противопоказан при желудочковых аритмиях, начинающихся сразу после употребления наркотиков в ответ на избыток катехоламинов, но подходит при желудочковых аритмиях, указывающих на ишемию миокарда. Было показано, что внутривенное введение бикарбоната натрия полезно при сложных аритмиях, вызванных потреблением стимуляторов;
- Применение **Фенотиазинела** и особенно **Хлорпромазина**, как правило, противопоказаны, поскольку эти препараты снижают судорожный порог.
- Купирование острых психических проявлений интоксикации стимуляторами и НВПС седацией положительно влияет на острые сердечно-сосудистые осложнения. **Галоперидол** может быть полезен при психозе, вызванном стимуляторами, и НВПС. В случае ассоциации психоза с возбуждением и гипертермией галоперидол назначают для снятия седативно-гипнотического синдрома. **Галоперидол** может ускорить или усугубить острые дистонические реакции, связанные с потреблением стимуляторов.

Вставка 64. Фармакологическое лечение – на всех этапах потребления НВПС и стимуляторов

Некоторые данные свидетельствуют о том, что комбинация препаратов (Дезипрамин или Циталопрам) и психосоциальные вмешательства (ситуационное управление или когнитивно-поведенческая терапия) при расстройстве, связанном с употреблением стимуляторов, могут быть более эффективными, чем любой из способов.

- Миртазапин – клиническое исследование показало, что Миртазапин может быть эффективен при лечении расстройств, связанных с употреблением метамfetамина.

Потребление не по утвержденным показаниям (“off-label”):

- Фенибут – из группы ГАМК, с анксиолитическими и седативными свойствами.

Вставка 65. Особенности лечения в случае расстройств, связанных с употреблением НВПС и стимуляторов у больных с инфекционными заболеваниями

ВИЧ-инфекция

В случае употребления **новых веществ с психоактивными и стимулирующими свойствами** ВИЧ-инфицированным, после стабилизации острого состояния рекомендуется антиретровирусная терапия (АРВ). В этом случае медицинское наблюдение должно осуществляться совместно с врачом-инфекционистом.

В связи с высоким риском передачи ВИЧ через инъекционный инструментарий, незащищенные половые контакты у потребителей новых веществ с психоактивными и стимулирующими свойствами, антиретровирусная терапия должна являться приоритетной и им должен быть обеспечен легкий доступ к услугам тестирования на ВИЧ, в том числе посредством экспресс-тестирования, доконтактной профилактики (особенно для мужчин и женщин, имеющих половые контакты с мужчинами, и дискордантных пар) и постконтактной профилактики. НВПС и стимуляторы тесно связаны с групповой сексуальной активностью, практикой хемсекса (сочетание стимулирующих препаратов с препаратами для потенцирования эректильной функции).

Вирусный гепатит В и С

1. Потребителям новых вещества с психоактивными и стимулирующими свойствами рекомендуется сдать анализы на вирусные гепатиты В и С и сделать прививку от гепатита В.
2. Получатели лечения должны поощряться к лечению вирусных гепатитов.

ИППП (инфекции, передающиеся половым путем):

1. Практикующим хемсекс рекомендуется регулярно проходить тестирование на ИППП.

Вставка 66. Экзогенные острые интоксикации у детей и подростков

Требуется клинично-токсикологическое обследование – токсикодромия – сочетание признаков и симптомов, иногда весьма наводящие на диагноз.

Синдром токсической интоксикации представляет собой набор признаков и симптомов, вызванных определенными токсинами, и может помочь определить вовлеченный токсическое вещество, исходя из класса токсинов, воздействию которых подвергся пациент.

В случае детей отравившихся случайно, см. **КП – Экзогенные острые интоксикации у детей (2021 г.) Приказ МЗ №. № 913 от 5.10.2021 г. Экзогенная острая интоксикация алкоголем (этанолом) у детей (2013 г.) – Приказ МС №. 1930 от 3.10.2013.**

Общее руководство:

- экспресс-оценка и стабилизация пациента (ABCDE)
- сосудистый доступ и инициация ПВВ (потенциал визуального воспроизведения), волевическая и гидроэлектrolитическая реанимация
- симптоматическое лечение
- стабилизация пациента
- наружная дезактивация больного
- опорожнение желудка - промывание желудка
- обеззараживание кишечника, ограничение кишечной абсорбции
- сосудистый доступ
- антидоты - специфическая нейтрализация
- усиление выведения токсинов
- симптоматическое лечение
- программы реабилитации

Антидоты: Налоксон – от 0,4 мг до 10 мг в/в, Флумазенил*0,5% – 5мл, показано 3 мл в/в, бензодиазепины и барбитураты.

Общие принципы поведения

- ABCDE (Первоначальная оценка и лечение: дыхательные пути, дыхание, кровообращение, инвалидность, воздействие);
- Гидроэлектrolитическая и кислотно-щелочная балансировка;
- Кардиомониторинг;
- При психотических проявлениях: бензодиазепины в обычных дозах.

Мониторинг в ППС и отделениях детской реанимации и токсикологии

- Дыхательная система: частота и ритм дыхания,
- Сердечная система: ЧСС, Т/А, ЭКГ, ЭЛТ, SpO₂
- Экспресс-неврологическая оценка: шкала AVPU (уровень тревоги, вербальный ответ, болевой ответ, отсутствие спонтанного ответа) и шкала Глазго.
- Консультация невролога, кардиолога
- Масса тела (водный баланс), диурез, термометрия. Большинство параметров измеряются непрерывно.

Симптоматическое лечение

Лечение неспецифическое и направлено на основные симптомы пациента:

- гидроэлектrolитическое и кислотно-щелочное восстановление
- кардиомониторинг
- при психотических проявлениях: Клопромазин (0,3 мг/кг) и/или бензодиазепины в обычных дозах (0,2-0,3 мг/кг)

Перевод в отделение детской реанимации и токсикологии

- Сосудистый доступ;
- Кислород, при необходимости IoT с VAP
- ЭКГ, постоянный кардиомониторинг
- ЭАБ
- Волемический повтор – раствор натрия хлорида 0,9% - 20мл/кг + Норадреналин* 0,01мкг/кг/ч
- Коррекция сердечных аритмий
- Судороги – бензодиазепины 0,3-0,5 мг/кг (уточнить), барбитураты 10-15 мг/кг (уточнить)
- Энтеросорбенты
- Симптоматическая терапия⁶

⁶ <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/06/14484-PCS-20Intoxicatia20acuta20cu20etnobotanice-aprobat.pdf>

С.2.3.9. ЭВОЛЮЦИЯ

Вставка 67. Эффекты употребления НВПС и стимуляторов

У потребителей НВПС и стимуляторов может быстро развиться привыкание к желаемому эффекту потребляемого вещества, и они могут ощущать меньший эффект с каждой дозой, что может заставлять их принимать все более и более высокие дозы. Кроме того, потребление более высоких и повторных доз может вызывать беспокойство, раздражительность и общий дискомфорт. Потребители могут становиться возбужденными, гипербдительными, агрессивными, подозрительными, у них могут развиваться психотические симптомы, такие как бред и галлюцинации. Очень высокие дозы могут вызывать делирий-индуцированные нарушения сознания, состояние спутанности сознания и дезориентации с сильным беспокойством.

В дополнение к поведенческим изменениям, НВПС и стимуляторы могут также вызывать такие последствия как: расширение зрачков, учащение пульса, повышение артериального давления, боль в груди или аритмии, тошноту и рвоту, лихорадку, чрезмерное потоотделение или озноб, судороги, инсульт, кому и смерть. В случае передозировки, если не будет произведено медицинское вмешательство, высокая температура, судороги и сердечно-сосудистый коллапс могут привести к летальному исходу.

Острые эффекты употребления НВПС и стимуляторов:

- передозировка;
- гипертермия;
- серотониновый синдром;
- кардиотоксичность;
- другие непредвиденные осложнения.

Хронические эффекты:

- стойкие расстройства восприятия
- компульсивные инъекции («марафон»), сопровождающиеся риском заражения ВИЧ, вирусными гепатитами, ИППП;
- абсцессы;
- бессонница;
- суицидальные попытки;
- компульсивное сексуальное поведение, химсекс;
- прочие.

Длительное употребление НВПС и стимуляторов может привести к различным психологическим симптомам, а также к поведенческим и физическим изменениям. Долгосрочный эффект от употребления стимуляторов может заключаться в развитии привыкания и абстинентного синдрома, в случае воздержания от употребления. Это также может привести к различным физическим, психическим, неврологическим и нейрокогнитивным эффектам.

Вставка 68. Осложнения при потребления НВПС

Психические осложнения

Перепады настроения (мания или депрессия) и тревога часто встречаются у потребителей НВПС и стимуляторов. В случаях, когда тяжесть и продолжительность этих симптомов больше, чем обычно наблюдается при интоксикации или абстиненции, эти синдромы диагностируются как расстройства настроения или тревога, вызванные психоактивными веществами.

Таким же образом, короткие периоды параноидального мышления обычны при интоксикации стимуляторами и НВПС, но когда эти симптомы сохраняются в течение нескольких дней, например, после эпизода метамfetамина, и включают симптомы, редко наблюдаемые во время интоксикации, такие как галлюцинации и видения, может быть диагностировано психотическое расстройство, вызванное интоксикацией вызванной потреблением стимуляторов. Психоз, вызванный стимуляторами, чаще наблюдается у хронических потребителей амfetамина.

Психоз, вызванный стимуляторами, похож на параноидальную шизофрению, и, хотя симптомы часто исчезают во время воздержания, 5-15% потребителей так и не могут полностью выздороветь. Другие психические расстройства могут включать компульсивное сексуальное поведение и расстройства пищевого поведения.

Расстройства, связанные с употреблением стимуляторов, часто возникают в сочетании с другими серьезными сопутствующими психическими заболеваниями, такими как шизофрения, сильная депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство или синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Очень сложно диагностировать другие психические расстройства, возникающие одновременно у больных, употребляющих активные стимуляторы, так как интоксикация и абстиненция могут имитировать симптомы других психических и поведенческих расстройств.

Неврологические осложнения

Текущие исследования показали, что амфетамины, особенно метамфетамин, оказывают токсическое действие на нервные клетки, в первую очередь поражая дофаминовую систему. Хроническое употребление стимуляторов было связано с развитием когнитивных нарушений, вероятно, вторичных по отношению к хроническому нейровоспалению и нарушению гематоэнцефалического барьера, а также сужению кровеносных сосудов и недостаточному кровоснабжению головного мозга. Потребители с историей употребления амфетамина могут быть более восприимчивы к нейродегенеративным расстройствам, таким как болезнь Паркинсона. Некоторые, но не все, из этих изменений могут быть устранены при длительном воздержании. У хронических потребителей стимуляторов были обнаружены изменения в структуре мозга, которые сохраняются более года, даже после прекращения потребления.

Другие медицинские осложнения

Другие возможные медицинские осложнения, вызванные применением НВПС и стимуляторов, включают серьезные проблемы с зубами (остеомиелит нижней челюсти); тяжелые аллергические реакции в месте инъекции, а также сердечные инфекции вследствие инъекции метамфетамина; серьезные респираторные осложнения, в том числе пневмонии, кровотечения и дыхательную недостаточность в результате курения и других легочных заболеваний; раны лица и тела от царапин, иногда приводящие к инфекциям; чрезмерную потерю веса и недоедание; инфекции, передающиеся половым путем, а также поражение почек и печени.

Осложнения у женщин

При применении беременной женщиной психостимуляторов, повышается риск отслойки плаценты и кровотечения, преждевременных родов, врожденных дефектов (в том числе пороков сердца), кровотечения и инсульта плода.

С.2.3.10. НАДЗОР

Вставка 69. Принципы поддерживающей терапии

Основное внимание должно быть уделено долгосрочному управлению зависимостями, поэтому лица с расстройствами в результате потребления НВПС и стимуляторов нуждаются в пожизненных медицинских и психосоциальных вмешательствах, интенсивность которых должна соответствовать тяжести симптомов и ситуации (активное потребление или ремиссия). Медицинский персонал должен поощрять активное участие пациентов в индивидуальных или групповых программах поддержки, включая программы сверстников.

Цели поддерживающей терапии:

- выявление, поддержание и развитие личных навыков антикризисного управления, а также мотивация в выявлении ценных внутренних и внешних ресурсов для пациента в течение поддерживающего периода;
- обеспечение гибкости программ помощи, предлагая широкий спектр вмешательств, помощи и услуг, отвечающих изменяющимся потребностям каждого пациента;
- обеспечение самостоятельности и ответственности больного за его выздоровление;
- участие сообщества: участие членов семьи и сообщества позволяет улучшить социальные аспекты выздоровления. Приветствуется участие других лиц в поддержании ремиссии и создании благоприятной среды;
- обеспечение доступа пациентов к использованию общественных ресурсов, таких как специализированные центры, НКО, группы поддержки, религиозные организации, терапевтические сообщества и образовательные учреждения, оздоровительные мероприятия и спорт.

Вставка 70. Профилактические терапевтические вмешательства – профилактика рецидивов

Профилактическая помощь направлена на предотвращение рецидивов и на социальную интеграцию пациента. К лечебно-профилактическим мероприятиям относятся:

- помощь и консультирование в формате индивидуальных и групповых встреч с целью профилактики рецидивов;
- поддержка в обеспечении соблюдения других форм лечения, назначенных пациенту (фармакотерапия, антиретровирусная терапия, психосоциальные вмешательства и др.);
- несмотря на то, что целью является воздержание, его не формулируют как единственную и обязательную цель;
- снижение рисков, связанных с употреблением наркотиков, сокращение потребления, уменьшение частоты и продолжительности рецидивов, повышение самооценки и вовлеченности пациентов;
- наложение ответственности и вовлечение пациента в процесс собственного восстановления;
- коллегиальное наставничество и надзор в программах помощи сообщества;
- когнитивно-поведенческие вмешательства в распознавание ситуаций риска потребления и эффективное управление таковыми.

Предотвращение рецидивов и профилактические вмешательства допускают эпизоды рецидивов, которые рассматриваются как естественные явления, как составляющая процесса выздоровления человека, решившего изменить свое потребительское поведение. Специалисты, работают совместно с пациентами с целью выявления как можно больше факторов риска рецидива, и разработки стратегий по предотвращению рецидивов.

Вставка 71. Междисциплинарный надзор за пациентами

Успех лечения пациента прямо пропорционален междисциплинарному участию в процессе наблюдения и восстановления. Поддержка сообщества и психосоциальные вмешательства должны стать частью комплексных индивидуальных или групповых программ лечения и помощи для потребителей НПС и стимуляторов. Данная рекомендация поддерживается следующими аргументами:

- нет никаких доказательств в поддержку единого подхода или вмешательства;
- вмешательства должны учитывать контекст потребления каждого отдельного пациента (например, сексуальное поведение и риски);
- комбинированная медицинская и психосоциальная помощь более эффективна, в том числе для лиц с тяжелыми состояниями и зависимостями;
- таким образом, междисциплинарная помощь и наблюдение за пациентом потребляющим НПС и стимуляторы должна осуществляться медицинскими учреждениями в сотрудничестве с психосоциальными, общественными и неправительственными организациями, которые разрабатывают и внедряют специализированные услуги.

В случае стойкой ремиссии не менее 3 лет, подтвержденной диспансерным наблюдением, больной может быть исключен из этого междисциплинарного наблюдения.

С.2.3.11. РЕАБИЛИТАЦИЯ – ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ

Вставка 72. Программы психосоциальной поддержки для потребителей НПС и стимуляторов

Рекомендуемые мероприятия в рамках программ психосоциальной поддержки, адресованные потребителям НПС и стимуляторов.⁷

- Укрепление личной устойчивости, самооценки и уверенности в себе, чтобы справляться с повседневными трудностями и стрессами, сохраняя при этом приверженность воздержанию и избеганию потребления психоактивных веществ;
- Создание поддерживающей среды (круг людей, которые их поддерживают – партнер, опекуны, члены семьи, друзья и др.), которые могут контролировать стойкость ремиссии, воздержание от употребления наркотиков и соблюдение лечебно-реабилитационного режима;
- Информирование пациентов о факторах, способствующих употреблению наркотиков, и стратегиях создания и поддержания благоприятной социальной среды для выздоровления;
- Информирование пациентов о возможностях систем социальной помощи и защиты;
- Предоставление пациентам доступа к длительному фармакологическому лечению по показаниям;
- Информирование пациентов о программах снижения риска, включая профилактику и лечение передозировок;
- Обеспечение возможности трудоустройства;
- Информирование о стратегиях облегчения бремени стигмы/самостигматизации и дискриминации, связанных с зависимостью или другими состояниями здоровья;
- Информирование о стратегиях предотвращения насилия (включая гендерное и сообщество ЛГБТКИ) и выживания в случае насилия;
- Интеграция в образовательную и профессиональную деятельность, включая волонтерство или участие в местных общественных мероприятиях;
- Активное участие в группах взаимопомощи, взаимоподдержки, личностное развитие и т. д.;
- Обеспечение временного размещения или доступа к стабильному жилью;
- Помощь в рамках существующих терапевтических сообществах;
- Помощь в решении юридических и финансовых проблем.

⁷ Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков: пересмотренное издание, включающее результаты полевых испытаний. Женева: ВОЗ и УНП ООН; 2020.

Вставка 73. Рекомендуемые вмешательства для психосоциального восстановления

Рекомендуемые вмешательства:

- психодиагностические методы (интервью, наблюдение, тестирование...)
- информационное консультирование
- мотивационное консультирование/мотивационное интервью
- психологическое консультирование
- психо-образование
- психотерапия, в том числе когнитивно-поведенческая терапия
- группы взаимной поддержки и самоподдержки (например, Программа 12 шагов)
- арт-терапия
- эрготерапия
- социальное консультирование/кейс-менеджмент
- направление и сопровождение в специализированные службы, напр. услуги по снижению риска, в том числе предоставляемые сверстниками и онлайн.

В то же время психосоциальные вмешательства и поведенческие терапии, такие как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и профилактика рецидивов (индивидуально и/или в группах) в настоящее время являются наиболее эффективными методами лечения потребления и зависимости, вызванной психоактивными веществами.

Вставка 74. Группы поддержки сверстников (социальные контакты)

- Изучение возможности предоставления поддержки со стороны сверстников потребителям и зависимым от НВПС и стимуляторов, чтобы помочь им преодолеть проблемы с потреблением и улучшить свой опыт и качество жизни. Поддержка со стороны сверстников должна предоставляться обученным, выздоровевшим, стабильным сверстником специалистом по консультированию. Специалисты по взаимному консультированию должны получать поддержку от всей команды, а также поддержку и наставничество от опытных специалистов по принципу «равный-равному». Классификатор профессий Республики Молдова (3-я редакция), “8952 Специалист, консультирующий по принципу „равный-равному” 341210”.
- Программы взаимной поддержки должны включать информацию и рекомендации по:
 - a. рискам потребления и способам снижения рисков;
 - b. программам и услугам по снижению риска;
 - c. профилактике и лечению передозировок;
 - d. доступу к службам охраны психического здоровья, социальным службам и другим службам поддержки;
 - e. преодолению барьеров для доступа к лечению и поддержке;
 - f. направлению и сопровождению в специализированные службы;
 - g. созданию и поддержанию сети социальной поддержки;
 - h. профилактике рецидивов и поддержке восстановления.

Вставка 75. Трудовая и профессиональная реабилитация (трудовая и образовательная)

Изучение других видов профессиональной или образовательной деятельности, включая допрофессиональную подготовку, для потребителей НВПС и стимуляторов во время ремиссии и реабилитации:

- Обращение в программы поддержки лиц, которые хотят найти работу или вернуться на работу.
- Рекомендации и поддержка социальной интеграции и трудоустройства, особенно во избежание рецидивов, принимая во внимание пожелания пациента.
- Избегайте долгих путей профессионального обучения, сначала помогите человеку устроиться на работу, а затем помогите сохранить ее.
- Выбор конкретной и индивидуальной методике реабилитации для каждого бенефициара.

С.2.4. ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ

Вставка 76. Интоксикация НВПС и стимуляторами

Неосложненная интоксикация требует только наблюдения и контроля в течение нескольких часов в условиях благоприятной среды, до исчезновения симптомов. Общие меры включают мониторинг показателей жизнедеятельности для повышения частоты пульса, температуры или артериального давления; обеспечение тихой и прохладной обстановки, которая помогает уменьшить возбуждение и чрезмерную реакцию на внешние раздражители; и внимательное наблюдение. Физические нагрузки и перегретое помещение могут потенцировать побочные эффекты, так как раздражители воздействуют на механизм терморегуляции организма, в то время как сужение кровеносных сосудов удерживает тепло. Хотя словесных заверений обычно достаточно для душевного спокойствия пациента, признаки того, что возбуждение усиливается и ведет к паранойе и потенциальному психозу с повышенным риском насилия, могут оправдать фармакологическое вмешательство. Быстродействующие бензодиазепины, такие как **Лоразепам** или **Диазепам** полезны для успокоения возбужденного, тревожного пациента.

Вставка 77. Передозировка НВПС и стимуляторами

Симптомы сублетальной передозировки стимуляторами могут включать головокружение, тремор, раздражительность, спутанность сознания, враждебность, галлюцинации, панику, головную боль, покраснение, боль в груди, сердцебиение, сердечные аритмии, гипертонию, рвоту, судороги и повышенное потоотделение. Высокие дозы стимуляторов могут вызывать высокую температуру, аритмию и остановку сердца, нерегулярное дыхание, судороги и инсульт. Возбужденные состояния, характеризующиеся повышенной агрессией или психотическими чертами, могут сопровождаться интоксикацией (Weis, 1997). Развитие гиперпирексии (чрезмерно высокая лихорадка), тяжелой гипертензии, судорог и сердечно-сосудистого коллапса сигнализируют об угрожающей жизни ситуации (Ellinwood, 1975).

Смертельные дозы стимуляторов приводят к предсказуемой последовательности событий, завершающимися генерализованными судорогами и смертью. Частота сердечных сокращений, кровяное давление, объем сердечного выброса и температура тела быстро увеличиваются, и перед началом генерализованных и терминальных припадков наблюдается токсический делирий (Ellinwood, 1975; Rowbotham, 1993; Wetli, 1993).

Вставка 78. Лечение острой интоксикации НВПС и синтетическими агонистами каннабиноидных рецепторов (SCRA)

Синтетические агонисты каннабиноидных рецепторов (SCRA).

- Лечение интоксикации SCRA носит симптоматический и поддерживающий характер, поскольку антидотов не существует.
- Бензодиазепины полезны для пациентов, у которых проявляются симптомы тревоги, паники и возбуждения, а также психоз, связанный с применением SCRA. Стоит отметить, что бензодиазепины обладают высоким потенциалом привыкания, поэтому их рекомендуется использовать только в экстренных случаях, а не в качестве постоянного лечения.
- **Нейролептики** для некоторых пациентов, особенно с тяжелым возбуждением или агрессией, когда у пациента в анамнезе есть психотические расстройства и когда психотическая симптоматика не стихает, с поддерживающей терапией.

Вставка 79. Серотонинергический синдром

Серотонинергический синдром имеет три классических признака, а именно:

- изменения психического состояния;
- вегетативная гиперактивность;
- нервно-мышечные аномалии.

Пациентам с умеренными или тяжелыми проявлениями серотонинергического синдрома может потребоваться госпитализация.

Необходимо контролировать возбуждение, вегетативную нестабильность и гипертермию. Бензодиазепины являются стандартным методом лечения возбуждения и тремора.

Вставка 80. Лечение гиперпирексии и гипертермии

Пациентам с исходной температурой тела $>39^{\circ}\text{C}$ следует оказывать неотложную медицинскую помощь. Вмешательства включают:

- надлежащая инфузионная терапия;
- **бензодиазепины.**

Могут быть показаны более агрессивные меры охлаждения. Меры по охлаждению могут включать ледяные ванны, пакеты со льдом в паховую и подмышечную области, опрыскивание, использование вентиляторов и других внешних охлаждающих устройств. Иногда могут быть показаны внутренние/инвазивные меры, такие как промывание холодной жидкостью (желудочной, пузырьной, перитонеальной) или методы внутрисосудистого охлаждения.

Тяжелая гипертермия имеет высокий уровень смертности, поэтому рекомендуется агрессивное вмешательство. Интубация с мышечной релаксацией обычно оправдана, когда температура быстро повышается и не контролируется другими мерами, или если температура превышает 41°C . **Дантролен** при наличии мышечной гиперактивности (1 мг/кг внутривенно до максимальной дозы 10 мг/кг).

Вставка 81. Лечение острой интоксикации МДМА, синтетическими катинонами и метамфетамином

МДМА

Пациентам с исходной температурой тела $>39^{\circ}\text{C}$ следует оказывать неотложную медицинскую помощь. Вмешательства включают:

- надлежащая инфузионная терапия;
- **бензодиазепины**.

Могут быть показаны более агрессивные меры охлаждения. Охлаждающие меры могут включать ледяные ванны, пакеты со льдом в паховой и подмышечной области, опрыскивание, использование вентиляторов и других внешних охлаждающих устройств. Иногда могут быть показаны внутренние/инвазивные меры, такие как промывание холодной жидкостью (желудочной, пузырьной, перитонеальной) или методы внутрисосудистого охлаждения.

Тяжелая гипертермия имеет высокий уровень смертности, поэтому рекомендуется агрессивное вмешательство. Интубация с мышечной релаксацией обычно оправдана, когда температура быстро повышается и не контролируется другими мерами, или если температура превышает 41°C . **Дантролен** при наличии мышечной гиперактивности (1 мг/кг внутривенно до максимальной дозы 10 мг/кг).

- Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что лечение острой интоксикации аналогично лечению других типов отравления стимуляторами и включает клинический мониторинг, наблюдение, успокоение и симптоматическое лечение.
- Необходимо оценить целый ряд вопросов, в том числе баланс жидкости, так как, несмотря на то, что большинство пациентов будут обезвожены, у некоторых пациентов могут наблюдаться отеки. Таким образом, инфузионная терапия, включая выбор внутривенного введения, должна соответствовать предшествующей стадии состояния жидкости у каждого пациента.

Синтетические катиноны

Экспресс-анализы мочи или крови, для подтверждения потребления синтетических катинонов, как правило, недоступны в клинических отделениях.

Лечение острого отравления катинонами должно состоять из поддерживающей терапии, ориентированной на симптомы.

Симптоматическая поддерживающая терапия при острой интоксикации стимуляторами может включать лечение возбуждения, судорог, метаболического ацидоза, гипертонии, гипотензии и рабдомиолиза.

Бензодиазепины – являются наиболее часто используемыми препаратами для лечения возбуждения, связанного с синтетическими катинонами.

Метамфетамин

Лечение острого отравления метамфетамином должно состоять из поддерживающей терапии, ориентированной на симптомы, с упором на респираторную поддержку, особенно при нарушении сознания.

По сравнению с другими пациентами, которые обращаются в отделение неотложной помощи по поводу злоупотребления наркотиками, некоторые исследования показывают, что лица с проблемами, связанными с метамфетамином, более возбуждены, склонны к насилию и агрессивности, и у них чаще возникают тахикардия и гипертония при поступлении.

Краткосрочное ведение и лечение, а также реакция на острый психоз, вызванный употреблением метамфетамина, очень похожи на таковые при шизофрении, при этом нейролептики дают аналогичные результаты.

D. ЛЮДСКИЕ РЕСУРСЫ И МАТЕРИАЛЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЙ ПРОТОКОЛА

Учреждения ПМП	
Первичная медицинская помощь	Персонал <ul style="list-style-type: none"> • семейный врач; • медсестра.
	Медицинское оборудование: <ul style="list-style-type: none"> - тонометр; - термометр - стетофонендоскоп; - весы - аптечка первой помощи; - хирургическая маска, перчатки и одноразовый халат. - очки/визор.
	Препараты первой помощи: антидот-Налоксон, бензодиазепины (Диазепам, Лоразепам, Алпразолам/ <ul style="list-style-type: none"> • Общие медикаменты. Бета-адреноблокаторы, Пропранолол (Индерал), • Нитраты (серотониновый синдром)
Команды НДП	
Догоспитальная неотложная медицинская помощь	Персонал <ul style="list-style-type: none"> • врач скорой помощи; • медсестра; • фельдшер.
	Медицинское оборудование: <ul style="list-style-type: none"> • тонометр; • стетофонендоскоп; • электрокардиограф; • портативный глюкометр; • пульсоксиметр; • термометрия; • дефибриллятор / реанимобиль; • хирургическая маска, перчатки и одноразовый халат. • очки/визор.
	Лекарства: антидот – Налоксон, антидот – Флумазенил миорелаксант – Дантролен <ul style="list-style-type: none"> • Антипсихотики (нейролептики) (Хлорпромазин, Левомепромазин, Клозапин, Рисперидон, Карбидин) – инъекционные и таблетированные формы; • Бензодиазепины (Диазепам, Хлордиазепоксид и др.) – инъекционные и таблетированные формы; • Антидепрессанты (Амитриптилин, Миртазапин) – инъекционные и таблетированные формы • Противосудорожные препараты (Карбамазепин) • бета-адреноблокаторы, (Пропранолол) • нитраты

Помощь в стационаре или специализированных учреждениях

<p>ГМСУ Районные, муниципальные и республиканские больницы.</p> <p>ГМСУ Республиканский Наркологический Диспансер *</p>	<p>Персонал:</p> <ul style="list-style-type: none"> - психиатр-нарколог - врач общей практики - психотерапевт - клинический психолог - медсестра - социальный работник - лаборант - фармацевт - специалист по консультированию равный-равному <p>Медицинское оборудование:</p> <ul style="list-style-type: none"> • тонометр; • термометр • пульсоксиметр; • стетофонендоскоп; • неврологический молоток; • электрокардиограф; • экспресс-тесты на наркотики; • лабораторное оборудование для исследования биологических препаратов; • * газовый хроматограф. • одноразовые стаканы; • сей; • хирургическая маска, перчатки и одноразовый халат. • очки/визор. <p>Лекарства: антидот – Налоксон, Флумазенил:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Антипсихотики (нейролептики) (Хлорпромазин, Клозапин, Рисперидон, Левомепромазин, Тиоридазин, Амисульприд, Карипразин, Арипипразол) • Анксиолитики (Диазепам, Хлордиазепоксид, Алпразолам) • Снотворные (Золпидем, Зопиклон) • Антидепрессанты (Амитриптилин, Сертралин, Эсциталопрам, Пароксетин, Флуоксетин, Флувоксамин, Венлафаксин, Дезипрамин, Бупропион или Циталопрам). • Противосудорожные препараты (Карбамазепин) • Опиоиды (Метадон, Бупренорфин) • Бета-адреноблокатор (Пропранолол), • Нитраты
<p>Общественные/ реабилитационные услуги</p>	<p>Персонал:</p> <ul style="list-style-type: none"> • социальный работник / кейс-менеджер • медсестра • психолог. • специалист по консультированию равный-равному • социальный работник <p>Устройства и ресурсы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • информационные материалы • презервативы и лубриканты • экспресс-тесты - ВИЧ, вирусные гепатиты, ИППП

	<ul style="list-style-type: none"> • спиртовые салфетки и шприцы • другие средства защиты - трубы, физиологический раствор, Хлоргексидин/Мирамистин, гигиеническая помада, другое оборудование, потребность в котором подтверждена документально, • Налоксон • Аптечка неотложной помощи, мази, дезинфицирующие средства, другие • Женские гигиенические наборы (прокладки, менструальные чаши, салфетки для интимной гигиены, лубриканты, женские презервативы) • хирургическая маска, перчатки и одноразовый халат.
Наркологические отделения, в том числе психиатрические больницы, ППС	
Наркологические отделения, в том числе психиатрические больницы, ППС*	<p>Персонал:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Психиатр-нарколог; • Клинический психолог/психотерапевт; • Врач общей практики; • Медсестра; • Социальный работник; • Лаборант.
	<p>Медицинское оборудование:</p> <ul style="list-style-type: none"> • тонометр; • термометр • пульсоксиметр; • стетофонендоскоп; • неврологический молоток; • электрокардиограф; • экспресс-тесты на наркотики; • лабораторные контейнеры; • одноразовые стаканы; • сейф; • хирургическая маска, перчатки и одноразовый халат; • очки/визор.
	<p>Лекарства: антидот- Налоксон. Флумазенил:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Антипсихотики (нейролептики) (Хлорпромазин, Клозапин, Рисперидон, Левомепромазин, Тиоридазин, Амисульприд, Карипразин, Арипипразол) • Анксиолитики (транквилизанты) (Диазепам, Хлордиазепоксид, Алпразолам) • Снотворные (Золпидем, Зопиклон) • Антидепрессанты (Амитриптилин, Сертралин, Эсциталопрам, Пароксетин, Флуоксетин, Флувоксамин, Венлафаксин, Дезипрамин, Бупропион или Циталопрам). • Противосудорожные препараты (Карбамазепин) • Опиоиды (Метадон, Бупренорфин) • Бета-адреноблокатор (Пропранолол), • Нитраты

Е. ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА ВЫПОЛНЕНИЕМ ПОЛОЖЕНИЙ НКП

№	Цели протокола	Измерение достижения цели	Метод расчета индикатора	
			Числитель	Знаменатель
1.	Облегчение процесса диагностики потребителей	1.1. Доля пациентов с подозрением на применение НВПС, у которых диагноз был подтвержден в течение последнего года	Количество пациентов с подозрением на потребление НВПС, у которых диагноз был подтвержден в течение последнего года x 100	Общее количество больных с подозрением на потребление НВПС, состоящих на учете у нарколога за последний год
2.	Повышение качества ведения, лечения и жизни пациента потребляющего НВПС	2.1. Доля пациентов потребляющих НВПС, пролеченных амбулаторно, согласно рекомендациям национального клинического протокола, в течение года	Количество амбулаторно пролеченных пациентов потребляющих НВПС в соответствии с рекомендациями национального клинического протокола за последний год x 100	Общее количество пациентов потребляющих НВПС, пролеченных амбулаторно за последний год
		2.2. Доля пациентов потребляющих НВПС, пролеченных в многопрофильном стационаре в соответствии с рекомендациями национального клинического протокола, в течение одного года.	Количество пациентов потребляющих НВПС, пролеченных в больнице общего профиля в соответствии с рекомендациями национального клинического протокола, за последний год x 100.	Общее количество больных потребляющих НВПС, пролеченных в многопрофильном стационаре, за последний год.
		2.3. Доля пациентов потребляющих НВПС, пролеченных в специализированном стационаре в соответствии с рекомендациями национального клинического протокола, в течение года.	Количество пациентов потребляющих НВПС, пролеченных в специализированном стационаре в соответствии с рекомендациями национального клинического протокола, за последний год x 100.	Общее количество пациентов потребляющих НВПС, находившихся на лечении в специализированном стационаре, за последний год.

		2.4 Доля пациентов потребляющих НВПС с полной ремиссией в течение года.	Доля пациентов потребляющих НВПС с полной ремиссией более года x 100.	Общее количество пациентов, находящихся под наблюдением врача-нарколога с диагнозом употребления НВПС за последний год
3.	Предотвращение развития инвалидности и стигматизации пациентов потребляющих НВПС	3.1. Доля пациентов потребляющих НВПС, прошедших психосоциальную реабилитацию в течение одного года	Количество пациентов потребляющих НВПС, прошедших психосоциальную реабилитацию за последний год x 100	Общее количество пациентов, находящихся под наблюдением врача-нарколога с диагнозом употребления НВПС за последний год
		3.2. Доля пациентов потребляющих НВПС, не получавших стационарного лечения в течение года	Количество пациентов потребляющих НВПС, не получавших стационарного лечения в течение последнего года x 100	Общее количество пациентов, находящихся под наблюдением врача-нарколога с диагнозом употребления НВПС за последний год
		3.3 Доля потребителей НВПС, которые пытались и/или покончили жизнь самоубийством в течение одного года	Количество потребителей НВПС, которые пытались и/или покончили жизнь самоубийством в течение одного года	Общее количество пациентов, находящихся под наблюдением врача-нарколога с диагнозом потребления НВПС за последний год

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Унифицированная форма медицинского освидетельствования

Сфера	Определения и примечания
Название оцениваемого ГМСУ (в случае внешнего освидетельствования)	
Номер медицинской карты стационарного больного ф.300/э	
Среда проживания пациента	0 = городская; 1 = сельская; 9 = неизвестно
Возраст пациента	Годы ___ или 9 = неизвестно
Пол пациента	0 = мужской 1 = женский 9 = не указано
Дата появления симптомов	ММ: ГГГГ или 9 = неизвестно
Дата постановки диагноза	ДД: ММ: ГГГГ или 9 = неизвестно
Первичное обращение пациента	
Первичная медицинская помощь	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
Догоспитальная неотложная медицинская помощь	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
Больничная помощь	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
Общественный центр психического здоровья	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
Неправительственные организации или терапевтические сообщества	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
СКРИНИНГ	
Клиническое интервью	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
Начальная оценка/комплексная оценка	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
Тесты: - DAST-10 - CRAFT - ASIST	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9 нет = 0; да = 1; неизвестно = 9 нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ	
Дата направления на госпитализацию	ДД-ММ-ГГГГ или 9 = неизвестно
Дата госпитализации	ДД-ММ-ГГГГ или 9 = неизвестно
Стабилизация психического и соматического состояния	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
Оценка критериев госпитализации	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
ДИАГНОЗ	
Оценка факторов риска	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
Оценка характерных признаков потребления НВПС	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
Оценка сопутствующих заболеваний	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
Лабораторное обследование	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
Междисциплинарная оценка	
- нарколог	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
- психиатр	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
- психолог	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
- социальный работник	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9

Оценка острого вредного воздействия, связанного с потреблением	
- неврологическое	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
- когнитивное	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
- психическое	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
- соматическое	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
Оценка хронического вредного воздействия, связанного с длительным потреблением	
- неврологическое	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
- когнитивное	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
- психическое	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
- соматическое	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
ЛЕЧЕНИЕ	
Немедикаментозная терапия	
- психосоциальные вмешательства	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
- психологическое образование	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
- психотерапия	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
- когнитивно-поведенческая терапия	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
- Программа 12 шагов / метод Минесоты	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
Фармакологическое лечение	
- вспомогательное медикаментозное лечение	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
- экстренное вмешательство	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
План лечения и/или план кризисного реагирования	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
Психосоциальное восстановление	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
Вмешательства по снижению риска	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
МОНИТОРИНГ И МЕДИКАЦИЯ	
Дата выписки	Также включает дату перевода в другую медицинскую или немедицинскую службу. (ДД-ММ-ГГГГ) или 9 = неизвестно Дата выписки (ДД: ММ: ГГГГ) или 9 = неизвестно
Назначение лечения при выписке	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
Поддерживающее лечение	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
Оценка результатов медикаментозных и немедикаментозных вмешательств (<i>Инструмент оценки процесса лечения/помощи</i>)	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
Рекомендации по наблюдению за пациентами	
Семейного врача	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
Нарколога	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
Общественной организации, специализирующейся на помощи зависимым	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
Терапевтического сообщества	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9
Психиатра из ОЦПЗ	нет = 0; да = 1; неизвестно = 9

**Руководство для потребителей новых веществ с психоактивными свойствами
Информация для лиц употребляющих наркотики**

(«Соли» и «Спайсы»)

В этом материале мы поговорим о самых новых и наименее изученных веществах на рынке наркотиков - новых веществах с психоактивными свойствами, среди которых мефедрон (соль) и курительные смеси (спайсы). Эти разные вещества сочетают в себе несколько общих свойств:

- **Доступность:** выставлены на продажу в Интернете и их «можно купить в один клик».
- **Сложность** и неопределенность химического состава: химические формулы этих веществ постоянно меняются.
- **Последствия** применение: тяжелые психические расстройства, привыкание, непреодолимое желание повторного употребления.

«Соли» – что это такое?

Мефедрон (4-метилметакатинон (4-ММС) или 4-метилфедрон) — синтетическое вещество на основе катиноновых соединений растения кат и входит в класс катинонов и амфетаминов. Мефедрон быстро завоевал свое «место под солнцем» среди потребителей наркотиков самых разных слоев общества, но особой популярностью этот препарат пользуется у подростков/молодежи, энтузиастов ночных клубов и прочих участников рынка наркотиков.

Мефедрон изготавливается нелегально в виде капсул, таблеток, порошка и вводится любым из доступных путей: оральным (пероральным), инъекционным, назальным (через нос и другие слизистые оболочки).

После употребления человека на относительно короткое время охватывает эйфория, бодрость, энергия, энтузиазм, хорошее настроение, обострение всех чувств, но эффект очень быстро исчезает, вызывая настойчивое желание повторить употребление.

Действие мефедрона сравнивают с такими стимуляторами, как кокаин, метамфетамин и др. По действию напоминает нечто среднее между стимуляторами и эмпатогенами с сильной эйфорией и очень высокой степенью зависимости даже после первого употребления. Особую опасность представляет то, что все «соли», находящиеся в свободном доступе, имеют неизвестный химический состав, о котором не знают даже торговцы, поэтому последствия употребления этих веществ могут быть непредсказуемыми.

Наверное, сейчас каждый потребитель с потребительским опытом думает: «О, это не про меня, я могу остановиться в любой момент». Но, к сожалению, это неправда...

Одной из характерных особенностей этого вещества является яростное и навязчивое желание повторить его употребление, которому человек оказывается практически бессильным противостоять. И пока вещество можно приобрести свободно, остановиться практически невозможно – это обусловлено специфическим воздействием на организм и психику. Именно из-за этой особенности самостоятельно крайне сложно отказаться от потребления.

Непреодолимое половое влечение чаще возникает на начальном этапе потребления, у потребителей неупорядоченные и незащищенные половые контакты, что в свою очередь может стать причиной различных инфекций, передающихся половым путем, в том числе ВИЧ. В такие моменты непреодолимое желание секса берет верх над разумом и человек уже не думает о методах защиты.

Влияние употребления мефедрона на организм.

Вот краткий перечень некоторых воздействий на организм, возникающих в результате употребления новых веществ с психоактивными свойствами:

- учащенный пульс, часто сопровождающийся панической реакцией;
- ухудшение кратковременной памяти;
- компрессия челюстных мышц, судороги и мышечные спазмы;
- головокружение, сужение просвета сосудов и артерий;
- повреждение слизистой оболочки в местах контакта с веществом;
- гипертонические приступы, инфаркт миокарда;
- сексуальная дисфункция (проблемы с эрекцией и эякуляцией); у женщин - нарушение менструального цикла, длительно - бесплодие;
- обезвоживание и истощение организма;
- бессонница;
- прочие.

В результате умственного и физического истощения во время «марафонов» (периодов непрерывного потребления) возникают следующие очень опасные последствия:

- дезориентация в пространстве;
- галлюцинации – зрительные, слуховые;
- потеря чувства реальности;
- психозы и параноидальные реакции (кажется, что везде полиция, шпионские устройства – подслушивающие и записывающие, снайперы, агенты, тайные сотрудники «мирового правительства» и т. д.).

Описанные выше состояния и ощущения часто сопровождаются неконтролируемыми действиями (например, разборка бытовой техники, мебели, запирание окон и дверей, дежурство сутками у дверного глазка и т. д.). Характерно также саморазрушающее, иррациональное поведение – попытки нанести различные травмы, обнажиться на публике и т. д. Из-за галлюцинаций человек не осознает, что он делает, он может выйти из машины во время движения в пробке, он может выпрыгнуть из окна из-за видимости, что за ним кто-то наблюдает.

В частности, следует отметить, что лица, длительное время употребляющие мефедрон и его аналоги, начинают жить в так называемой «пограничной реальности», которая не исчезает даже при прекращении действия вещества на организм. Необратимые последствия или эффекты могут проявиться даже после первого употребления, особенно если потребителем является подросток или человек, предрасположенный к определенным психическим расстройствам.

Также важно отметить, что употребление этого вещества, как и психостимуляторов, обычно вызывает физическое истощение, снижение сопротивляемости организма инфекционным заболеваниям, в том числе риску заражения вирусными гепатитами В и С, ВИЧ-инфекцией.

Еще раз подчеркнем, что химическая формула веществ, входящих в состав этих солей, не известна ни дилерам, ни потребителям наркотиков. Кроме того, их состав часто видоизменяется. Поэтому вероятность передозировки очень высока!

Спайсы – что это такое?

«Спайсы» — курительные смеси, которые поступают в продажу в виде трав, обработанных химическим веществом. Они оказывают сильное психоактивное воздействие на организм.

Сбыт этих смесей осуществляется в виде биологически активных веществ с психоактивными свойствами, которые содержат синтетические аналоги тетрагидроканнабинола (ТГК, основное действующее вещество марихуаны). В настоящее время курение запрещено в большинстве стран мира, в том числе и в Молдове.

Действие специй может длиться от пяти минут до нескольких часов. Они быстро вызывают привыкание, поэтому человек может стать зависимым даже после первого употребления.

Это наркотическое вещество быстро распространилось из-за своей доступности и наличия, относительно низкой цены, силы действия и сложности обнаружения в организме, а также из-за ошибочного представления потребителей о том, что «трава не является наркотиком», «лучше курить, чем водку пить»...

Употребление этих синтетических наркотических веществ очень опасно, поскольку они в первую очередь воздействуют на психику, хотя и вызывают достаточно физических проблем.

Передозировки спайса случаются довольно часто, так как трудно определить концентрацию действующего вещества. Они сопровождаются рвотой, головокружением, тошнотой, внезапной потерей сознания. Опасность передозировки и выраженной интоксикации заключается в развитии острого психоза, который не проходит даже после прекращения действия вещества на организм. Так называемые «любители легких наркотиков» часто становятся клиентами психиатрических больниц, но бывают случаи, когда и там им не могут помочь.

Последствия употребления спайсов для организма

Употребление спайса расстраивает психику – сильно страдает ЦНС, появляются панические атаки, сильные галлюцинации, паранойя и, как следствие, иррациональные действия и поведение (например, желание выпрыгнуть из окна, броситься под машину) и т. д.). Мужчины страдают импотенцией, у женщин – нарушается менструальный цикл, возникают гормональные нарушения и развивается бесплодие.

Развиваются сердечно-сосудистые заболевания, острая дыхательная, почечная и печеночная недостаточность, токсины отравляют кровь, приводя к поражению тканей и органов – могут перестать функционировать руки/ноги, а поражение системы крови влияет на насыщение мозга кислородом и приводит к смерти нейронов, а также других клеток головного мозга.

Одним из самых тяжелых соматических последствий является неконтролируемая гипертермия и развитие отека головного мозга. Случаев трагической гибели становится все больше.

Советы по снижению рисков, связанных с употреблением новых веществ с психоактивными свойствами:

- Каждую новую партию вещества следует употреблять так же, как и первую партию – разные партии могут содержать совершенно разные концентрации, что приводит к риску передозировки. Контролируйте дозу – лучше принимать меньше, это решение может спасти вам жизнь.
- Если вы вдруг начинаете задыхаться или чувствуете, что вот-вот умрете – скорее всего, это просто психоз, но если вы чувствуете боль в груди или подреберье (подреберье), немедленно вызывайте скорую помощь по телефону 112. Даже если ваше состояние является ложной тревогой, врачи, скорее всего, сделают вам успокаивающий укол и, по крайней мере, сделают кардиограмму на месте.
- Пейте как можно больше жидкости.
- Остерегайтесь ожогов во рту и носовой полости, вызванных применением НВПС.
- Как правило, всегда имейте при себе достаточное количество презервативов и одноразовых шприцев.
- Регулярно проходите тестирование на ВИЧ, вирусный гепатит и инфекции, передающиеся половым путем (дважды в год).
- Если вы пациент программы опиоидной заместительной терапии, то перспектива употребления специй может быть очень «заманчивой». Но учтите, что запрещенные вещества в сочетании с препаратами заместительной терапии представляют собой опасную смесь для здоровья и жизни.
- Обратитесь к своему наркологу и специалисту по социально-психологической поддержке!

Приложение 3. ТЕСТ ASSIST 11.

**СКРИНИНГОВЫЙ ТЕСТ (ВОЗ ASSIST 11) ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ
АЛКОГОЛЯ, ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ И ДРУГИХ ВЕЩЕСТВ
РЕКОМЕНДОВАННЫЙ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ЗДОРОВЬЯ
(WHO ASSIST V 3.0 – ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE
INVOLVEMENT SCREENING TEST)**

ID Врача

ПЕНИТЕНЦИАРИЙ

ID Пациента

ДАТА

ВВЕДЕНИЕ (зачитывается интервьюируемому)

Многие лекарства и препараты могут повлиять на Ваше здоровье. Для меня, вашего врача, очень важно обладать подробной информацией об употреблении Вами различных веществ, чтобы обеспечить наилучшее и качественное медицинское обслуживание.

С помощью следующих вопросов я попытаюсь выяснить Ваш опыт употребления алкоголя, табачных изделий и других наркотиков в течение Вашей жизни и особенно в последние 3 месяца. Эти вещества можно курить, вдыхать, вводить, глотать, вдыхать через нос или принимать в виде таблеток (представляется вместе с карточкой наркотиков).

Некоторые из перечисленных веществ могли быть прописаны врачом (например, амфетамины, седативные средства, обезболивающие препараты). Для этого интервью мы не будем записывать препараты, которые Вы принимали по назначению врача. Однако если Вы принимали назначенные лекарства по причинам, не предусмотренным рецептом, или принимали их чаще или в более высоких дозах, чем предписано, пожалуйста, сообщите мне об этом. Мне также интересно узнать об употреблении Вами различных запрещенных препаратов, и я заверяю вас, что информация об их употреблении должна рассматриваться строго конфиденциально.

Примечание: ПЕРЕД ОПРОСОМ ПРЕДОСТАВЬТЕ ПАЦИЕНТУ КАРТОЧКУ С ОТВЕТАМИ НА ТЕСТ

Вопрос 1

Какие из следующих веществ вы употребляли когда-либо в своей жизни (только НЕМЕДИЦИНСКИЕ)	НЕТ	ДА
a. Табачные изделия (сигареты, жевательный табак, сигары и т.д.)	0	3
b. Алкогольные напитки (пиво, вино, крепкие спиртные напитки и т.д.)	0	3
c. Каннабис (марижуана, трава, гашиш и т.д.)	0	3
d. Кокаин (белый порошок, крэк и т.д.)	0	3
e. Стимуляторы амфетаминового типа (спиды, таблетки для похудения, экстази и т.д.) Стимуляторы амфетаминового типа (спиды, таблетки для похудения, экстази и т.д.)	0	3
f. Ингалянты (краска, клей, бензин, растворители и т.д.)	0	3
g. Седативные или гипнотические препараты (Валиум, Серепакс, Рогипнол и т.д.)	0	3
h. Галлюциногены (ЛСД, кислота, грибы, РСР, Special K и т.д.)	0	3
i. Опиоиды (героин, морфин, метадон, кодеин и т.д.)	0	3
j. Другое – укажите:	0	3

**Даже в случае всех отрицательных ответов
Попробуйте спросить:
«Даже когда Вы были в школе?»**

**Если на все вопросы получен ответ «НЕТ»,
остановите интервью.
Если на все вопросы получен ответ «ДА»,
перейдите к вопросу 2 о каждом
употребленном веществе.**

Вопрос 2

За последние три месяца, как часто Вы употребляли вещества, которые упомянули ранее (первое вещество, второе вещество и т.д.)?	Ни разу	Один раз/два раза	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно
<i>a. Табачные изделия (сигареты, жевательный табак, сигары и т.д.)</i>	0	2	3	4	6
<i>b. Алкогольные напитки (пиво, вино, крепкие напитки и т.д.)</i>	0	2	3	4	6
<i>c. Каннабис (марихуана, травка, гашиш и т.д.)</i>	0	2	3	4	6
<i>d. Кокаин (белый порошок, крэк и т.д.)</i>	0	2	3	4	6
<i>e. Стимуляторы амфетаминового типа (спиды, таблетки для похудения, экстази и т.д.)</i>	0	2	3	4	6
<i>f. Ингалянты (краска, клей, бензин, растворители и т.д.)</i>	0	2	3	4	6
<i>g. Седативные или снотворные препараты (Валиум, Серепакс, Рогипнол и т.д.)</i>	0	2	3	4	6
<i>h. Галлюциногены (ЛСД, кислота, грибы, PCP, Special K и т.д.)</i>	0	2	3	4	6
<i>i. Опиаты (героин, морфин, метадон, кодеин и т.д.)</i>	0	2	3	4	6
<i>j. Другое – укажите</i>	0	2	3	4	6

Если получен ответ «НЕТ» на все пункты, перейдите к вопросу 6.

Если какие-либо из веществ, указанных в Вопросе 2, использовались в течение предыдущих 3 месяцев, продолжайте отвечать на вопросы 3, 4 и 5 для каждого употребленного вещества.

Вопрос 3

В течение последних трех месяцев как часто у вас возникала сильная тяга или желание принять (первое вещество, второе вещество и т.д.)?	Ни разу	Один раз/два раза	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно
<i>a. Табачные изделия (сигареты, жевательный табак, сигары и т.д.)</i>	0	3	4	5	6
<i>b. Алкогольные напитки (пиво, вино, крепкие напитки и т.д.)</i>	0	3	4	5	6
<i>c. Каннабис (марихуана, травка, гашиш и т.д.)</i>	0	3	4	5	6
<i>d. Кокаин (белый порошок, крэк и т.д.)</i>	0	3	4	5	6
<i>e. Стимуляторы амфетаминового типа (спиды, таблетки для похудения, экстази и т.д.)</i>	0	3	4	5	6
<i>f. Ингалянты (краска, клей, бензин, растворители и т.д.)</i>	0	3	4	5	6
<i>g. Седативные или снотворные препараты (Валиум, Серепакс, Рогипнол и т.д.)</i>	0	3	4	5	6
<i>h. Галлюциногены (ЛСД, кислота, грибы, PCP, Special K и т.д.)</i>	0	3	4	5	6
<i>i. Опиаты (героин, морфин, метадон, кодеин и т.д.)</i>	0	3	4	5	6
<i>j. Другое – укажите</i>	0	3	4	5	6

Вопрос 4

В течение последних трех месяцев, как часто Вы употребляли (первое вещество, второе вещество и т.д.), что привело к социальным, юридическим, финансовым или медицинским проблемам?	Ни разу	Один раз/ два раза	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно
<i>a. Табачные изделия (сигареты, жевательный табак, сигары и т.д.)</i>	0	4	5	6	7
<i>b. Алкогольные напитки (пиво, вино, крепкие напитки и т.д.)</i>	0	4	5	6	7
<i>c. Каннабис (марижуана, травка, гашиш и т.д.)</i>	0	4	5	6	7
<i>d. Кокаин (белый порошок, крэк и т.д.)</i>	0	4	5	6	7
<i>e. Стимуляторы амфетаминового типа (спиды, таблетки для похудения, экстази и т.д.)</i>	0	4	5	6	7
<i>f. Ингалянты (краска, клей, бензин, растворители и т.д.)</i>	0	4	5	6	7
<i>g. Седативные или снотворные препараты (Валиум, Серепакс, Рогипнол и т.д.)</i>	0	4	5	6	7
<i>h. Галлюциногены (ЛСД, кислота, грибы, PCP, Special K и т.д.)</i>	0	4	5	6	7
<i>i. Опиаты (героин, морфин, метадон, кодеин и т.д.)</i>	0	4	5	6	7
<i>j. Другое – укажите</i>	0	4	5	6	7

Вопрос 5

В течение последних трех месяцев, как часто вы терпели неудачу (отказались) делать то, что обычно ожидалось от вас из-за употребления (первого вещества, второго вещества и т.д.)?	Ни разу	Один раз/ два раза	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно
<i>a. Табачные изделия (сигареты, жевательный табак, сигары и т.д.)</i>	0	5	6	7	8
<i>b. Алкогольные напитки (пиво, вино, крепкие напитки и т.д.)</i>	0	5	6	7	8
<i>c. Каннабис (марижуана, травка, гашиш и т.д.)</i>	0	5	6	7	8
<i>d. Кокаин (белый порошок, крэк и т.д.)</i>	0	5	6	7	8
<i>e. Стимуляторы амфетаминового типа (спиды, таблетки для похудения, экстази и т.д.)</i>	0	5	6	7	8
<i>f. Ингалянты (краска, клей, бензин, растворители и т.д.)</i>	0	5	6	7	8
<i>g. Седативные или снотворные препараты (Валиум, Серепакс, Рогипнол и т.д.)</i>	0	5	6	7	8
<i>h. Галлюциногены (ЛСД, кислота, грибы, PCP, Special K и т.д.)</i>	0	5	6	7	8
<i>i. Опиаты (героин, морфин, метадон, кодеин и т.д.)</i>	0	5	6	7	8
<i>j. Другое – укажите</i>	0	5	6	7	8

Задайте вопросы 6 и 7 для всех веществ, которые когда-либо употреблялись (те, которые были упомянуты пациентом в Вопросе 1)

Вопрос 6

Выражали ли друзья, родственники или кто-либо другой когда-либо беспокойство по поводу вашего употребления (первого вещества, второго вещества и т.д.)?	Нет, никогда	Да, в последние 3 месяца	Да, но не в последние 3 месяца
a. Табачные изделия (сигареты, жевательный табак, сигары и т.д.)	0	6	3
b. Алкогольные напитки (пиво, вино, крепкие напитки и т.д.)	0	6	3
c. Каннабис (марихуана, травка, гашиш и т.д.)	0	6	3
d. Кокаин (белый порошок, крэк и т.д.)	0	6	3
e. Стимуляторы амфетаминового типа (спиды, таблетки для похудения, экстази и т.д.)	0	6	3
f. Ингалянты (краска, клей, бензин, растворители и т.д.)	0	6	3
g. Седативные или снотворные препараты (Валиум, Серепакс, Рогипнол и т.д.)	0	6	3
h. Галлюциногены (ЛСД, кислота, грибы, PCP, Special K и т.д.)	0	6	3
i. Опиаты (героин, морфин, метадон, кодеин и т.д.)	0	6	3
j. Другое – укажите	0	6	3

Вопрос 7

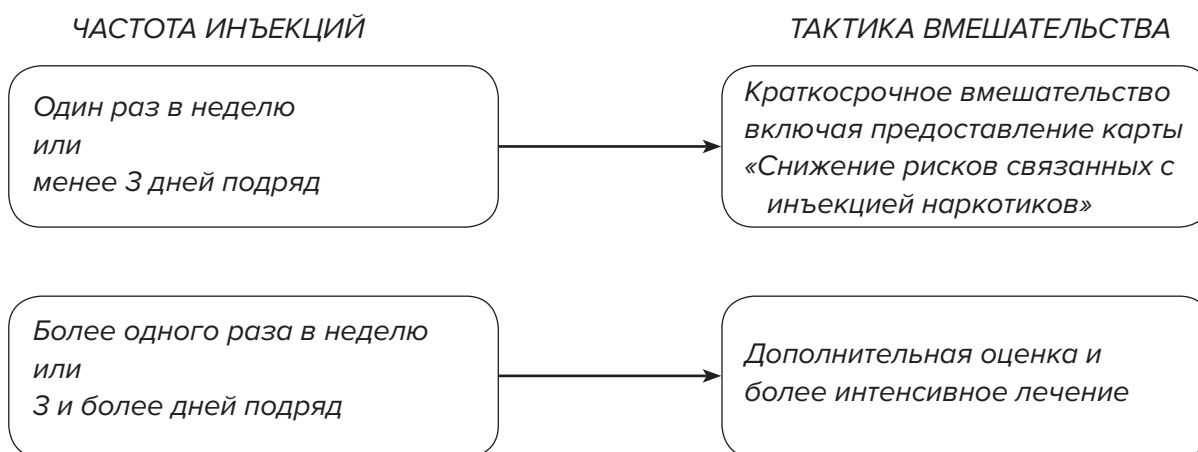
Пытались ли Вы когда-нибудь контролировать, уменьшить или прекратить употребление (первого вещества, второго вещества и т.д.) и потерпели неудачу?	Нет, никогда	Да, в последние 3 месяца	Да, но не в последние 3 месяца
a. Табачные изделия (сигареты, жевательный табак, сигары и т.д.)	0	6	3
б. Алкогольные напитки (пиво, вино, крепкие напитки и т.д.)	0	6	3
в. Каннабис (марихуана, травка, гашиш и т.д.)	0	6	3
г. Кокаин (белый порошок, крэк и т.д.)	0	6	3
д. Стимуляторы амфетаминового типа (спиды, таблетки для похудения, экстази и т.д.)	0	6	3
e. Ингалянты (краска, клей, бензин, растворители и т.д.)	0	6	3
ж. Седативные или снотворные препараты (Валиум, Серепакс, Рогипнол и т.д.)	0	6	3
з. Галлюциногены (ЛСД, кислота, грибы, PCP, Special K и т.д.)	0	6	3
и. Опиаты (героин, морфин, метадон, кодеин и т.д.)	0	6	3
к. Другое – укажите	0	6	3

Вопрос 8

	Нет, никогда	Да, в последние 3 месяца	Да, но не в последние 3 месяца
Употребляли ли вы когда-нибудь наркотики путем инъекций? (только в НЕМЕДИЦИНСКИХ целях)	0	2	1

Примечание:

Пациентов, употреблявших инъекционные наркотики в течение последних 3 мес, следует расспросить о частоте инъекций в течение этого периода, чтобы определить их уровень риска и лучшую тактику вмешательства.



КАК ПОДСЧИТЫВАТЬ БАЛЛЫ

Для каждого вещества (перечислены от а. до к.) суммируйте баллы, полученные в ответах на вопросы 2 - 7 включительно.

Не включайте результаты Вопроса 1 или Вопроса 8 в эту оценку.

Обратите внимание, что Вопрос 5 о табаке не учитывается, учитываются только ответы на Вопросы 2а, 3а, 4а, 6а, 7а.

ТИП ВМЕШАТЕЛЬСТВА ВЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛУЧЕННОГО БАЛЛА

вещество	Полученный балл	Без вмешательства	Краткосрочное вмешательство	Интенсивное лечение *
а. Табачные изделия		0.3	4 - 26	27
б. Алкогольные напитки		0.10	11 - 26	27
в. Каннабис		0.3	4 - 26	27
г. Кокаин		0.3	4 - 26	27
д. Амфетамин		0.3	4 - 26	27
е. Ингалянты		0.3	4 - 26	27
ж. Успокоительные или снотворные		0.3	4 - 26	27
з. Галлюциногенный		0.3	4 - 26	27
и. Опиаты		0.3	4 - 26	27
к. Другие		0.3	4 - 26	27

Примечание: *ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА И БОЛЕЕ ИНТЕНСИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МОЖЕТ ПРЕДОСТАВЛЯТЬСЯ ВРАЧАМИ В МЕДИЦИНСКИХ СЛУЖБАХ ТЮРЕМНЫХ ОРГАНОВ ИЛИ СПЕЦИАЛИСТОМ В ОБЛАСТИ ЛЕЧЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКОЙ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ – ЕСЛИ ТАКОЙ СПЕЦИАЛИСТ ДОСТУПЕН.

Приложение 4. тест ДАСТ-10

Имя_____

Дата_____

Балл_____

1	Употребляли ли вы наркотики, кроме тех, которые требуются по медицинским показаниям?	ДА	НЕТ
2	Вы употребляете более одного наркотика одновременно?	ДА	НЕТ
3	Вы можете бросить употреблять наркотики, когда захотите?	ДА	НЕТ
4	Были ли у вас когда-нибудь провалы в памяти или непровольные воспоминания в результате употребления наркотиков?	ДА	НЕТ
5	Вы когда-нибудь чувствовали себя плохо или виноватым в употреблении наркотиков?	ДА	НЕТ
6	Жаловались ли Ваши родители или супруги на Ваше пристрастие к наркотикам?	ДА	НЕТ
7	Вы пренебрегали своей семьей из-за употребления наркотиков?	ДА	НЕТ
8	Занимались ли Вы незаконной деятельностью с целью получения наркотиков?	ДА	НЕТ
9	Испытывали ли Вы когда-нибудь абстинентный синдром (плохое состояние) после прекращения приема наркотиков?	ДА	НЕТ
10	Были ли у Вас проблемы со здоровьем в результате употребления наркотиков (например, потеря памяти, гепатит)?	ДА	НЕТ

Приложение 5. РУКОВОДСТВО ПО ПРОВЕДЕНИЮ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ИНТЕРВЬЮ ДЛЯ НАЧАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ

Сфера 1. СОЦИАЛЬНЫЕ НАВЫКИ
<ul style="list-style-type: none">• Вы общительный или более замкнутый человек?• Легко ли Вы находите общий язык с людьми?• Насколько велик Ваш круг общения?• Опишите свой круг общения.• Вам нравится общаться с людьми или это утомительно для вас?• В какой степени Вам подходит следующее утверждение: Я склонен говорить то, что думаю, не заботясь о том, как это воспримут другие.• Вы иногда удивляетесь, узнав, что люди не понимают, что Вы говорите.
Сфера 2. ЭМОЦИИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОСТЬ
<ul style="list-style-type: none">• Насколько справедливо следующее утверждение о Вас: Я могу выйти из себя во время долгих дискуссий.• Продолжите: Есть некоторые ситуации или люди, которые выводят меня из себя...• Всегда ли Вы осознаете собственные чувства и понимаете причину их появления?• Можете ли Вы быстро восстановиться после выражения стрессовых эмоций и конфликтных ситуаций?• Способны ли Вы понять или почувствовать, что переживает другой человек, поставив себя на его место?• С какой точки зрения Вы живете по принципу «полстакана»? Он полон или пуст?• Вы чувствуете себя комфортно сами с собой?• Вы умеете прощать, забывать чью-то измену, искренне любить, доверять людям, сохранять настоящую дружбу. Приведите примеры из собственной жизни.
Сфера 3. ПОВЕДЕНИЕ
<ul style="list-style-type: none">• Сохраняете ли Вы спокойствие во время деятельности и в трудных ситуациях?• Что может сделать Вас эмоционально неуравновешенным? Опишите ситуацию, когда Вы вышли из себя и как Вам удалось справиться с этой ситуацией и успокоиться позже?• Бывают ли ситуации, в которых близкие Вас не понимают и не поддерживают, или бывают конфликтные ситуации? Легко ли Вам подобрать нужные слова, чтобы выразить то, что Вас беспокоит? Как вы обычно поступаете в таких ситуациях: стараетесь отстаивать собственное мнение, больше обсуждаете, чтобы узнать мнение другого человека, принимаете его или уступаете, если он слишком настойчив, или выражаете свою позицию прямо, независимо от того, что говорят другие люди.• Как часто Вы оказываетесь в конфликте с другими?• Как быстро и как Вам удастся смягчить конфликтную ситуацию? Кому принадлежит инициатива по возобновлению связи?
Сфера 4. ТЕНДЕНЦИИ И МОТИВАЦИЯ
<ul style="list-style-type: none">• Где и как Вы видите себя через 5 или 10 лет?• Четко перечислите не менее 3 пожеланий на данный момент, актуальных для Вас.• Что нужно знать, узнать новое, чтобы преуспеть в жизни?• Что бы Вы хотели изменить в своей жизни?

Сфера 5. ОТНОШЕНИЕ К ЛЮДЯМ

- Расскажите, пожалуйста, о Ваших родителях. Какие воспоминания у Вас остались о них?
 - Насколько Вы были/сейчас близки со своими родителями/матерью/отцом/бабушкой? Как они помогли Вам в жизни? Как Вы помогли им в жизни?
 - Как бы вас охарактеризовали хорошо знающие Вас люди (друзья, родители, дети, спутник жизни)?
- Кто-то сказал, что дети – иррациональные существа. Каково Ваше отношение к детям? У Вас есть собственные дети? Каковы Ваши отношения с ними? Как часто Вы видите и общаетесь с ними? Какие успехи у Ваших детей, можете ли вы ими гордиться? К кому они обращаются за помощью? Как Вы поддерживаете их в трудных ситуациях? Как Вы думаете, Вы можете рассчитывать на них в случае необходимости?
 - Вы родитель? / Вы хотите стать родителем?
 - Когда Вы в последний раз разговаривали или видели своих детей, кто проявлял инициативу и какова была причина визита или обсуждения?
 - Как Вы думаете, существует ли настоящая дружба? Есть ли у Вас друзья, которые были с Вами в трудную минуту и поддерживали друг друга? Помогали ли Вы кому-нибудь из своих друзей, когда у них были проблемы? Выберите утверждение, которое Вы считаете верным:
 - a) Люди плохие и на них нельзя рассчитывать.
 - b) Люди хорошие и отзывчивые.
 - c) Люди разные, и вы не можете знать, чего от них ожидать.
 - d) Люди неплохие, но жизнь делает их жесткими и враждебными.
 - e) Мне никто никогда не помогал, и я ничего не могу сказать.

Сфера 6. ОТНОШЕНИЕ К СФЕРАМ ЖИЗНИ

- Я бы допустил такую мысль:
 - a) Я хотел бы узнать что-то новое;
 - b) Я мог бы справиться с программой обучения;
 - c) Могу работать и без образования.
- Выберите утверждение, которое вы считаете верным:
 - a) Образование не нужно для жизни
 - b) Я люблю работать, но чтобы мне хорошо платили.
 - c) Я люблю работать.
 - d) Работаю, но не с большим удовольствием и желанием, больше по необходимости.
 - e) Я могу жить, не работая.
 - f) Работа тяжелая и скучная, и я часто устаю.
 - g) Как бы то ни было, я работаю над этим.
 - h) Может случиться так, что работа останется незавершенной.
 - i) Я быстро теряю интерес и ищу, чем заняться.
- Вам нравится работать с людьми или вы предпочитаете индивидуальные задачи?
- Чем бы Вы хотели заняться с удовольствием?
- Готовы ли Вы к тому, чтобы сделать это?
- За какую зарплату Вы были бы готовы работать?
- Может ли учеба помочь Вам получить лучшую работу?

Сфера 7. РЕСУРСЫ

- На кого можно положиться в трудной жизненной ситуации?
- Кто может рассчитывать на Вашу помощь?
- Расскажите, пожалуйста, где Вы живете и насколько Вы удовлетворены своими жилищными условиями.
- Каким доходом Вы удовлетворяете свои потребности, на какие финансовые средства Вы живете?
- Насколько они покрывают Ваши потребности?
- Как Вы оцениваете свое нынешнее состояние здоровья?
- Здоровье для Вас на первом месте?

Сфера 8. ЗАВИСИМОСТЬ

- Есть ли у Вас проблемы с аддиктивным поведением (наркомания, алкоголь)?
- Вы признаете, что Вы зависимы?
- Расскажите о своих отношениях с наркотиками. Сколько времени это длится, каковы причины, которые привели к такому поведению, каковы риски и степень, в которой Вы подвержены этой зависимости. Насколько серьезно это отражается на Вашем общем состоянии, здоровье и социальных отношениях?

Сфера 9. ПЕРСПЕКТИВЫ НА БУДУЩЕЕ

- Вас больше интересует будущее, чем прошлое?
- Расскажите нам о своем прошлом.
- Каким Вы видите свое будущее, есть ли планы на будущее, желания?
- Чего Вы боитесь в настоящем и будущем?
- Что Вас больше всего пугает в ваших дальнейших перспективах?
- Как Вы думаете, что может быть в ближайшем будущем? Когда Вы чувствуете себя более спокойным и удовлетворенным, когда думаете о прошлом, настоящем или будущем? Различаются ли эти три точки зрения по интенсивности эмоций?

Сфера 10. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ / ПОМОЩИ

- Как Вы думаете, кто-то или что-то может помочь Вам в Вашей текущей ситуации?
- К кому Вы обращаетесь, когда чувствуете потребность в общении или предпочитаете заниматься чем-то другим в эти трудные для Вас времена?
- Кто обычно Вас понимает и может прийти с полезным советом или помощью?
- Как Вы думаете, сможете ли Вы решать какие-либо проблемы позже самостоятельно?

ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОКОНЧАТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ

Сфера 1. СОЦИАЛЬНЫЕ НАВЫКИ

- По окончании программы Вы могли бы сказать, что стали более коммуникабельны или Вам так же сложно общаться с людьми?
- Как Вы думаете, Вам легче находить общий язык с людьми?
- Как изменился Ваш круг общения в период вмешательства?
- Опишите свой текущий круг общения.
- С кем Вам было интересно или утомительно с общаться?
- В какой степени теперь Вас характеризует следующее утверждение: я склонен говорить то, что думаю, не беспокоясь о том, как это воспримут другие.
- Что Вы делаете, когда понимаете, что человек Вас не понял?

Сфера 2. ЭМОЦИИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОСТЬ

- Как Вы справляетесь с долгими разговорами, когда выходите из себя?
- Продолжайте: как Вы реагируете, когда определенные ситуации или люди провоцируют Вас и Вы выходите из себя...
- Какие чувства вы испытывали в последнее время? Что послужило причиной их появления?
- Удалось ли Вам быстро восстановиться после пережитых стрессовых эмоций и конфликтных ситуаций?
- Что сделал бы другой человек в этой стрессовой ситуации, которую Вы переживаете в последнее время?
- Вы чувствуете себя комфортно с собой?
- Как Вы думаете, стоит простить, забыть чью-то измену, по-настоящему любить, доверять людям, сохранять настоящую дружбу. Для чего все это нужно?
- Приведите примеры из собственной жизни.

Сфера 3. ПОВЕДЕНИЕ

- Как Вам удается сохранять спокойствие во время деятельности и в трудных ситуациях?
- Что может сделать Вас эмоционально вывести из себя сейчас?
- Опишите недавнюю ситуацию, в которой Вы вышли из себя, и расскажите как Вам удалось справиться с ситуацией и успокоиться позже?
- Бывают ли еще ситуации, в которых близкие Вас не понимают и не поддерживают, или бывают конфликтные ситуации? Легко ли Вам подобрать нужные слова, чтобы выразить то, что Вас беспокоит? Как разумнее поступить в таких ситуациях?
- Как часто Вы оказываетесь в конфликте с другими людьми?
- Как быстро и как именно Вам удастся смягчить конфликтную ситуацию? Кому принадлежит инициатива по возобновлению связи?

Сфера 4. ТЕНДЕНЦИИ И МОТИВАЦИЯ

- Как изменились планы на жизнь? Где и как вы видите себя через 5 или 10 лет?
- Четко перечислите не менее 3 пожеланий на данный момент, актуальных для Вас.
- Что нового Вы узнали, что помогает Вам добиться успеха в жизни?
- Что Вам удалось изменить в своей жизни?

Сфера 5. ОТНОШЕНИЕ К ЛЮДЯМ

- Что бы Вы хотели сказать своим родителям сейчас?
- Насколько Вы сблизились со своими родителями/матерью/отцом/бабушкой? Как они помогли Вам в жизни? Как вы им помогли?
- Как бы Вас сейчас охарактеризовали хорошо знающие Вас люди (друзья, родители, дети, спутник жизни)?
- Как часто Вы видите и общаетесь с детьми? Какие успехи у Ваших детей, можете ли Вы ими гордиться? К кому они обращаются за помощью?
- Как Вы поддерживаете их в трудных ситуациях? Как Вы думаете, вы можете рассчитывать на них в случае необходимости?
- Вы родитель? / Вы хотите стать родителем?
- Когда Вы в последний раз разговаривали или видели своих детей, кто проявлял инициативу и какова была причина визита или обсуждения?
- Как Вы думаете, существует ли настоящая дружба? Есть ли у Вас друзья, которые были с Вами в период вмешательства и поддерживали Вас? Помогал ли Вы кому-нибудь из своих друзей, когда у них были проблемы?
- Продолжите утверждение:
 - а) Люди плохие...
 - б) Люди хорошие...
 - в) Люди разные...
 - г) Люди неплохие, но жизнь заставляет их быть суровыми и враждебными...

Сфера 6. ОТНОШЕНИЕ К СФЕРАМ ЖИЗНИ

- Я бы допустил такую мысль:
 - а) Я хотел бы узнать что-то новое;
 - б) Я мог бы справиться с программой обучения;
 - в) Я могу работать без образования.
- Выберите утверждение, которое вы считаете верным:
 - а) Образование не нужно для жизни.
 - б) Я люблю работать, но чтобы мне хорошо платили.
 - в) Я люблю работать.
 - г) Работаю, но не с большим удовольствием и желанием, больше по необходимости.
 - д) Я могу жить, не работая.
 - е) Работа тяжелая и скучная, и я часто устаю.
 - ж) Как бы то ни было, я работаю над этим.
 - з) Может случиться так, что работа останется незавершенной.
 - и) Я быстро теряю интерес и ищу, чем заняться.
- Чем бы Вы хотели заняться?
- Готовы ли Вы сделать это?
- За какую зарплату Вы были бы готовы работать?
- Может ли учеба помочь Вам получить лучшую работу?

Сфера 7. РЕСУРСЫ

- На кого Вы можете положиться в трудной жизненной ситуации?
- Кто может рассчитывать на Вашу помощь?
- Расскажите, пожалуйста, где Вы сейчас живете и насколько Вы довольны своими жилищными условиями.
- Каким доходом Вы удовлетворяете свои потребности, на какие финансовые источники Вы живете?
- Насколько они покрывают Ваши потребности?
- Как Вы оцениваете свое нынешнее состояние здоровья?
- Здоровье для вВс на первом месте?

Сфера 8. ЗАВИСИМОСТЬ

- Имеются ли у Вас какие-либо последствия, связанные с аддиктивным поведением (нарко-, алкогольная зависимость)
- Вы осознаете, что являетесь/были зависимы?
- Расскажите нам, что Вы пытались сделать, чтобы изменить свое отношение к наркотикам. Как долго Вы потребляете? Каковы были причины, которые привели к такому поведению, каковы риски и степень, в которой Вы сейчас подвержены этой зависимости. Насколько серьезно это отразится на Вашем общем состоянии, здоровье и социальных отношениях?

Сфера 9. ПЕРСПЕКТИВЫ НА БУДУЩЕЕ

- Вас больше интересует будущее, чем прошлое?
- Каким Вы видите свое будущее, есть ли планы на будущее, желания?
- Чего Вы боитесь в настоящем и будущем?
- Что Вас больше всего пугает в ваших дальнейших перспективах?
- Как Вы думаете, что может быть в ближайшем будущем? Когда Вы чувствуете себя более спокойным и удовлетворенным, когда думаете о прошлом, настоящем или будущем? Различаются ли эти три точки зрения по интенсивности эмоций?

Сфера 10. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ / ПОМОЩИ

- Как, по Вашему мнению, участие в PRAS помогло Вам в нынешней ситуации?
- К кому Вы можете обратиться, когда почувствуете потребность в общении?
- Перечислите три важных момента, которые произошли в Вашей жизни во время вмешательства.
- Как Вы думаете, сможете ли Вы решать какие-либо проблемы позже самостоятельно?

ИНФОРМАЦИОННАЯ СПРАВКА Новые психоактивные вещества

ЧТО ТАКОЕ НОВЫЕ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА?

Новые психоактивные вещества (НПВ), также известные как «синтетические наркотики» или «легальные наркотики» - это химические вещества, которые действуют аналогично наркотикам, таким как каннабис, экстази, кокаин или метамфетамин.

Они существуют в различных формах, в том числе:

- а) Порошки / таблетки.
- б) Синтетический каннабис (синтетические химические вещества, добавленные в растительный материал).

Хотя некоторые из них называются «новыми», они существуют уже несколько десятилетий и часто продаются в виде благовоний, соли для ванн, растительной пищи или ошибочно продаются как более безопасные или легальные альтернативы другим лекарствам.

ОШИБОЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ОБ ИХ ПРАВОВОМ СТАТУСЕ

Пытаясь опередить закон или обойти его, производители изменили молекулярную структуру НПВ. Таким образом, НПВ так часто меняются и производятся столько новых веществ, что практически невозможно узнать, что содержится в продукте, который Вы употребляете.

Законодательство, касающиеся НПВ, не покрывает все формы и типы этих веществ. Покупка их в Интернете или из нерегулируемых источников может быть очень рискованной, поскольку даже если на пакете указано «легально», нет гарантии, что содержимое пакета действительно законно или безопасно.

Например, два продукта, каждый из которых продается как синтетический каннабис, могут содержать совершенно разные химические вещества и не иметь ничего общего с каннабисом или даже ингредиентами, указанными на упаковке.

ПРИЗНАКИ ПЕРЕДОЗИРОВКИ

Воздействие НПВ различаются от вещества к веществу, и поэтому возможно возникновение признаков передозировки, которые могут включать:

Физические признаки

- Спазмы / ригидность мышц
- Тремор / дрожь
- Лихорадка / перегрев
- Тошнота или рвота
- Затрудненное дыхание / остановка дыхания
- Невозможность разбудить человека
- Конвульсии

Психологические признаки

- Спутанность или расстройство сознания
- Паранойю, страх и панику
- Возбуждение и агрессию

ДЕЙСТВИЯ В СЛУЧАЕ ПЕРЕДОЗИРОВКИ

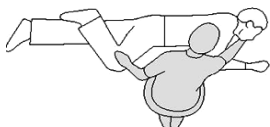
- Если Вы считаете, что у кого-то передозировка, приступите к следующим действиям:
- **Прежде чем действовать**, проверьте наличие таких угроз, как иглы от шприцов.
- **Вызовите скорую помощь**, сообщите оператору свое местоположение и оставайтесь на связи.

- Если наблюдается спутанность сознания или паника, постарайтесь успокоить человека.
- Сохраняйте спокойствие остальных присутствующих.
- При перегреве попробуйте охладить человека, ослабив верхнюю одежду или положив влажное полотенце на область затылка или под мышки.
- Если человек не реагирует, положите его на бок таким образом, чтобы дыхательные пути оставались свободными и открытыми — для этого откиньте ему голову назад. Такая позиция называется безопасным положением.

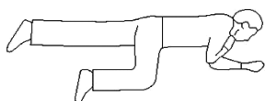
БЕЗОПАСНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ



Опорное положение. Согните ближайшую к вам руку человека под прямым углом к телу. Подложите другую его руку под щеку.



Поднимите ногу. Возьмитесь за дальнюю ногу чуть выше колена и потяните ее вверх, удерживая ступню на земле. При этом вторая нога остается не согнутой.



Переверните. Прижмите руку человека к щеке и потяните его ногу лежащую сверху, чтобы притянуть его к себе и перевернуть на бок.

ЧЕГО НЕ СЛЕДУЕТ ДЕЛАТЬ В СЛУЧАЕ ПОДОЗРЕНИЯ НА ПЕРЕДОЗИРОВКУ

- НЕ оставляйте человека одного.
- НЕ давайте человеку ничего есть или пить и НЕ пытайтесь вызвать у него рвоту.

Время ЗНАТЬ.

Время ДЕЙСТВОВАТЬ!

Международный день осведомленности о передозировке

Профилактика и память

Инициатива Института Пеннингтона

Для получения дополнительной информации посетите www.overdoseday.com

Приложение 7. ИНСТРУМЕНТ ОЦЕНКИ ПРОЦЕССА ЛЕЧЕНИЯ

Инструмент оценки процесса лечения/помощи						
Инструмент оценки – это инструмент для мониторинга результатов, полученных в процессе лечения/ухода за пациентом. Он состоит из простого набора вопросов, которые могут помочь улучшить/пересмотреть процесс помощи и лечения и привести его в соответствие с потребностями пациента.						
Инструкции по заполнению:						
1. Инструмент должен быть применен/заполнен на начальном этапе лечения;						
2. Пересмотр плана помощи рекомендуется проводить каждые 12 недель, в течение которых предлагается повторно применять инструмент оценки. Точно так же инструмент должен быть применен в конце процесса лечения/помощи;						
3. Оценка проводится ретроспективно, от настоящего к прошлому, от 4-й недели (самой последней недели) до 1-й недели (самой первой недели);						
4. Важно провести первичную оценку до начала медицинских или немедицинских вмешательств, чтобы обеспечить возможность анализа прогресса во времени.						
Дата оценки						
Имя, фамилия пациента или код						
Пол	F	b				
Этап лечения/помощи	начало	оценка	окончание	после лечения		
Специалист						
Употребление веществ	неделя 4	неделя 3	неделя 2	неделя 1	в среднем в день	Всего 0-28 дней
<i>Записывайте эпизоды потребления каждую неделю в течение 0-7 дней</i>	(0 -7)	(0 -7)	(0 -7)	(0 -7)		
алкоголь						
опиаты / опиоиды						
амфетамины						
метамфетамин						
мефедрон						
МДМА						
ЛСД						
каннабис						
табак						
другие вещества (указать какие)						
Поведение потребления	неделя 4	неделя 3	неделя 2	неделя 1	в среднем в день	Всего 0-28 дней
<i>записывайте количество дней, в течение которых пациент вводил непрописанные препараты в течение каждой недели</i>	(0 -7)	(0 -7)	(0 -7)	(0 -7)		
инъекции						
инъекция шприцем, которым пользовался кто-то другой	да	нет		да /нет		
инъекции с использованием чужих приспособлений (чайная ложка, фильтры, вода, др.)	да	нет		да /нет		

потребление путем курения	(0 -7)	(0 -7)	(0 -7)	(0 -7)		
потребление путем вдыхания	(0 -7)	(0 -7)	(0 -7)	(0 -7)		
защищенное/незащищенное сексуальное поведение	(0 -7)	(0 -7)	(0 -7)	(0 -7)		
Делинквентное/незаконное поведение						
Кража	да		нет		да /нет	
Подлог	да		нет		да /нет	
Физические или словесные нападения или насилие	да		нет		да /нет	
Само-агрессия/попытки самоубийства	да		нет		да /нет	
Убийство	да		нет		да /нет	
Прочее:	да		нет		да /нет	
Состояние здоровья и социальное положение	неделя	неделя	неделя	неделя	в среднем	Всего
	4	3	2	1	в день	0-28 дней
	7	7	7	7		
оплачиваемых рабочих дней						
дни общественных работ						
дней в учебе / образовании						
дней взаимодействия со службами психосоциальной поддержки, в том числе по месту жительства						
дни в реабилитационной программе						
волонтерские дни						
участие в семейной жизни						
оценка психологического здоровья - от 0 (очень плохо) до 20 (очень хорошо) (беспокойство, депрессия, эмоциональная лабильность....)	0 20					
оценка физического здоровья - от 0 (очень плохо) до 20 (очень хорошо) (от симптомов до жалоб на болезнь)	0 20					
Комментарии						
проблемы с жильем (неподходящие условия, неблагоприятная реабилитационная среда и т.д.)	да		нет		да /нет	
Комментарии						
общее качество жизни От 0 (очень плохо) до 20 (очень хорошо) (физическое состояние и психосоциальное окружение...)	0 20					

Членство и еженедельное участие в группе взаимной поддержки	да	нет	да /нет
3-месячный курс в терапевтическом сообществе, Программа 12 шагов	да	нет	да /нет
6-месячный курс в терапевтическом сообществе, Программа 12 шагов	да	нет	да /нет
12-месячный курс в терапевтическом сообществе, Программа 12 шагов	да	нет	да /нет
интеграция в общество и семью	да	нет	да /нет
создание или восстановление семейных отношений	да	нет	да /нет

Приложение 8. Уровни учета и степени рекомендации

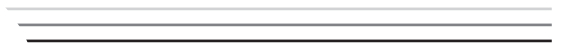
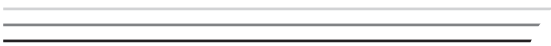
Степень рекомендации	Уровень учета	Тип доказательства
A	1a	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований
	1b	По крайней мере одно тщательное рандомизированное клиническое исследование
B	2A	Систематический обзор SCR или рандомизированных клинических испытаний с риском ошибки
	2b	Систематический обзор высококачественных исследований случай-контроль или когортных исследований
	3a	Высококачественные исследования случай-контроль или когортные исследования
	3b	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском ошибки
C	4	Неаналитические, описательные исследования (серия случаев, отчетные случаи)
D	5	Экспертное мнение, не основанное на качественных исследованиях

БИБЛИОГРАФИЯ

1. А. Наку, И. Настас, Дж. Кихай и др., Управление фармакологическими зависимостями, Руководство для студентов, резидентов и психиатров-наркологов, USMF Николае Тестемицану, 2016.
2. Оценка рисков, связанных с употреблением новых веществ с психоактивными свойствами/ Андрей Ботеску; координатор: Вокица Поп, Валентин Симионов. - Бузэу: Альфа МДН, 2011.
3. УНП ООН, Лечение расстройств, связанных с употреблением стимуляторов: современная практика и многообещающие перспективы, дискуссионный документ.
4. Ина Ткач, «Доступность медицинских и социальных услуг для людей с опиоидными расстройствами», магистерская работа, 2020 г.
5. Национальная инспекция пробации Республики Молдова, «Программа снижения злоупотребления психоактивными веществами», 2020 г.
6. Яцко, Алла. Употребление новых психоактивных веществ в Молдове и Беларуси: результаты Республики Молдова. Вильнюс: Университет Суонси, Евразийская ассоциация снижения вреда; 2019, <https://harmreductioneurasia.org/>.
7. Министерство здравоохранения, труда и социальной защиты Республики Молдова «Незаконное употребление и оборот наркотиков», годовой отчет 2019 г.
8. Абрахам П., Николаеску Д. «Терапевтическая справедливость – новый подход в лечении потребителей наркотиков», издательство «Арад – Конкордия», 2006 г.
9. Комплексное био-поведенческое исследование среди потребителей инъекционных наркотиков, 2019 г.
10. Фармакологическое лечение опиатной зависимости. Национальный клинический протокол №225, Кишинев 2018.
11. Серия протоколов по улучшению лечения (TIP), No. 33. Центр лечения наркомании.
12. Роквилл (Мэриленд): Управление по борьбе со злоупотреблением психоактивными веществами и психиатрическими услугами (США); 1999.
13. Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств: пересмотренное издание с учетом полевых испытаний [Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков: пересмотренное издание, включающее результаты полевых испытаний]. Женева: Всемирная организация здравоохранения и Управление ООН по наркотикам и преступности; 2020. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
14. EMCDDA, 2010: Проблемное употребление амфетамина и метамфетамина в Европе. Ежегодный отчет Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании за 2010 год: Ситуация с наркотиками в Европе, Лиссабон, https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/578/downloads/att_120273_RO_Summary_Amphetamines%20SI_RO.pdf.
15. Краткий обзор психиатрии Каплана и Садока: поведенческие науки/клиническая психиатрия. 11-е издание, 2018 г.
16. Министерство здравоохранения и социальных служб США, Национальные институты здравоохранения, NIAAA, *Опасность алкоголя*, Скрининг на употребление алкоголя и проблемы, связанные с алкоголем, апрель 2015 г., номер 65. Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, Daerpen JB.

17. Тест на выявление расстройств, связанных с употреблением алкоголя (AUDIT), как инструмент скрининга чрезмерного употребления алкоголя в учреждениях первичной медико-санитарной помощи: надежность и достоверность французской версии. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005 ноябрь, 29 (11): 2001-7.
18. *Новые психоактивные вещества в Европе. Обновление системы раннего предупреждения ЕС EMCDDA*, Лиссабон, март 2015 г. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/2015/new-psychoactive-substances>.
19. Классификация психических и поведенческих расстройств МКБ-10; Всемирная организация здравоохранения, Женева, 1992 г.
20. Прелипчану Дан, Клиническое руководство по заместительному лечению опиоидной зависимости, Бухарест, изд. Румынская психиатрическая ассоциация, 2010 г.
21. DSM-5, Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ и зависимостью, (2013 г.). Американская психиатрическая ассоциация, получено из <http://dsm.psychiatryonline.org/book.aspx?bookid=556>.
22. Дэвид А. Уильямс, Уильям О. Фой, Томас Л. Лемке. Принципы медицинской химии Фоя. 5-е издание. - Липпинкотт Уильямс и Уилкинс, 2002 г. С. 453. 1114 с. ISBN 0683307371.
23. Прелипчану Дан, Клиническое руководство по заместительному лечению опиоидной зависимости, Бухарест, изд. Румынская психиатрическая ассоциация, 2010 г.
24. УНП ООН, TREATNET: Стандарты качества услуг по лечению и уходу при наркотической зависимости. Нью-Йорк, 2012 год.
25. УНП ООН, Департамент пенитенциарных учреждений. Руководство по процедуре реализации Программы обмена шприцев, распространения презервативов и дезинфицирующих средств в пенитенциарной системе Республики Молдова. Кишинев, 2015.
26. Тули и Мойерс (2012). Мотивационное интервьюирование на практике, под редакцией Уолтерса и Ротгерса. В: *Теория и техника лечения злоупотребления психоактивными веществами*, Третье издание, глава 2, Нью-Йорк: The Guilford Press, стр. 28-47.
27. Буздучеа Д. (2005). *Современные аспекты социальной помощи*, Яссы: Издательство Полиром.
28. Крецу Т. (2001). *Подростковый возраст и его контекст развития*, Бухарест: Издательство Credis.
29. Крецу Т. (2003). *Психология возрастов*, Бухарест: Издательство Credis.
30. Динка М. (2004). *Подростки в меняющемся обществе*, Бухарест: издательство Paideia.
31. Ферреол Г. (2000). *Подростки и токсикомания*, Яссы: Изд-во Полиром.
32. Приказ Министерства здравоохранения Республики Молдова N°N° 1393 от 02.12.2013 «Об утверждении стандартизированного клинического протокола «Экзогенная острая интоксикация этноботаническими препаратами у детей»; <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/06/14484-PCS-20Intoxicatia20acuta20cu20etnobotanice-aprobat.pdf>.

Handwriting practice lines consisting of 20 sets of three horizontal dashed lines.



Blank lined paper with horizontal dashed lines for writing.

Handwriting practice lines consisting of 28 horizontal dashed lines.

Lined writing area with horizontal dashed lines.

Handwriting practice area consisting of 20 sets of horizontal dashed lines on a white background.

Handwriting practice lines consisting of multiple horizontal dashed lines.

Lined writing area with horizontal dashed lines.

Blank lined writing area with horizontal dashed lines.

Blank lined writing area with horizontal dashed lines.

Lined writing area with horizontal dashed lines.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ
ȘI FARMACIE „NICOLAE TESTEMIȚANU”
DIN REPUBLICA MOLDOVA