

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
№ _____

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ
ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН ТА СТИМУЛЯТОРІВ ЗА
ВИКЛЮЧЕННЯМ ОПОЇДІВ

Загальна частина

Діагноз: Розлади психіки та поведінки, внаслідок вживання психоактивних речовин за виключенням опіоїдів

Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

F12 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання канабіноїдів

F14 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання кокаїну

F15 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання стимуляторів (за виключенням кофеїну)

F16 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання галюциногенів

F19 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання декількох препаратів та інших психоактивних речовин

Розробники:

Дубров Сергій Олександрович перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи;

Даниленко Олексій Миколайович заступник Генерального директора державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»;

Шемет Анна Миколаївна головний спеціаліст відділу з питань профілактики неінфекційних захворювань та обігу наркотичних засобів Департаменту громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України;

Іванчук Ірина Олександрівна кандидат психологічних наук, начальник відділу управління та протидії опіоїдній залежності та вірусним гепатитам державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»;

Карачевський Андрій Борисович офіцер відділу підтримки та відновлення Управління психологічного забезпечення Міністерства оборони України, доцент кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;

Рудий Сергій Анатолійович національний програмний офіцер Регіонального програмного офісу Управління ООН з наркотиків та злочинності в Східній Європі (за згодою);

Ячнік Юлія Вікторівна фахівець Інституту психіатрії Київського національного університету імені Тараса Шевченка (за згодою);

Думчев
Костянтин
Вікторович

головний спеціаліст Департаменту охорони здоров'я
Міністерства оборони України;

Матвієць
Людмила
Григорівна

доцент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-
поліклінічної допомоги Національного університету охорони
здоров'я України імені П. Л. Шупика

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення:

Гуленко Оксана
Іванівна

начальник відділу стандартизації медичної допомоги
державного підприємства «Державний експертний центр
Міністерства охорони здоров'я України»;

Шилкіна Олена
Олександрівна

заступник начальника відділу стандартизації медичної
допомоги державного підприємства «Державний експертний
центр Міністерства охорони здоров'я України».

Рецензенти:

Дворяк Сергій
Васильович

директор Благодійної організації «Український інститут
політики громадського здоров'я», д.мед.н., професор;

Мішиєв
В'ячеслав
Данилович

завідувач кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії та
наркології Національного університету охорони здоров'я
імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор.

Дата перегляду стандарту медичної допомоги – 2029 рік

Перелік умовних позначень та скорочень

ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ГГБ/ГБЛ	гамма-гідроксібугірат/ гамма-бугіролактон
ГПРС	галуціногенний персистоуочий розлад сприйняття
ЕКГ	електрокардіограма
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
ЗТ	заохочувальна терапія
ІМАО	інгібітори моноаміноксидази
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
КІП	кокаїн індуковані психози
КМП	клінічний маршрут пацієнта
КПТ	когнітивно-поведінкова терапія
МДМА	метилендіоксиметамфетамін
МДПВ	метилендіоксипіровалерон
МІ	мотиваційне інтерв'ю
МКХ	Міжнародна класифікація хвороб
ПСВ	психосоціальні втручання
ПАР	психоактивні речовини
ноПАР	не-опіоїдні психоактивні речовини
ПМА	параметоксіамфетамін
РДУГ	розлад дефіциту уваги та гіперактивності
САТ	стимулятори амфетамінового типу
СІЗЗС	селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну
СК	синтетичні канабіноїди
СТ	сімейна терапія
ТПМ	терапія посилення мотивації
Форма	форма первинної облікової документації № 025/о «Медична

- № 025/о карта амбулаторного хворого №_» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 669/20982
- Форма
№ 003/о форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого №_» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України 21 січня 2016 року № 29), зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 662/20975

Розділ І. Стандарт охорони громадського здоров'я

1. Положення стандарту медичної допомоги

Сферою застосування даного стандарту є розлади, які виникають внаслідок вживання не-опіюїдних психоактивних речовин (ноПАР) наступних груп: канабіноїди (рослинного походження, напівсинтетичні, синтетичні), стимулятори амфетамінового типу (САТ – амфетамін, метамфетамін, синтетичні катинони), метилендіоксиметамфетамін (МДМА – екстазі), кокаїн, галюциногени, а також вживання зазначених речовин в комбінації з будь-якими іншими ПАР. До ноПАР також відносяться діючі речовини лікарських засобів, які можуть вживатись не за призначенням лікаря (у іншому дозуванні, іншим шляхом, або людиною, якій не було призначено) з метою змінення стану свідомості, отримання ейфорії, або з іншою немедичною метою. До сфери застосування даного Стандарту не відносяться розлади внаслідок вживання опіюїдів, кофеїну, алкоголю та нікотину.

Лікарі різних спеціальностей мають бути обізнані щодо основних початкових клінічних проявів гострої інтоксикації, синдрому залежності та в цілому ознак вживання ноПАР з метою їх раннього виявлення, надання послуг спрямованих на відмову або скорочення частоти вживання, зменшення шкоди від вживання та скерування для отримання подальшої допомоги, за потреби.

2. Обґрунтування

Вживання ПАР несе значні ризики для громадського здоров'я. Окрім синдрому залежності та безпосередньо підвищення ризику смерті внаслідок передозувань, вживання ПАР пов'язано із підвищеним ризиком інфікування вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ), вірусними гепатитами В та С, ПСШ, підвищеними ризиками самогубства та шкодою для інших (насильство, аварії на дорогах), іншими травмами, серцево-судинними захворюваннями, проблемами з нирками та іншими психічними розладами.

З точки зору громадського здоров'я необхідним є впровадження системи раннього скринінгу та надання послуг спрямованих на відмову від вживання або скорочення вживання для всіх осіб, які вживають ПАР незалежно від наявності діагнозу та відповідності критеріям розладу. Разом з послугами спрямованими безпосередньо на вживання ПАР, мають надаватись послуги спрямовані на протидію іншим захворюванням, що пов'язані з поведінковими факторами ризику, зокрема щодо ВІЛ, вірусних гепатитів та ПСШ. Враховуючи, що особи, які вживають стимулятори, часто мають ризиковану сексуальну поведінку, при отриманні інформації про факт такого вживання, необхідно зібрати інформацію щодо ризикованої сексуальної поведінки та запропонувати послуги спрямовані на зниження ризику.

Основні етапи і послідовність скринінгу, діагностики і лікування розладів внаслідок вживання ноПАР описані у додатку 1 цього Стандарту.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

- 1) в закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають первинну медичну

допомогу скринінг на вживання будь-яких ПАР здійснюється всім пацієнтам не рідше одного разу на рік;

2) скринінг в ЗОЗ, що надають первинну, спеціалізовану медичну допомогу здійснюється всім пацієнтам у наступних випадках:

при зверненні вагітних жінок в заклади перинатальної допомоги;

при зверненні з приводу неекстрених станів, які можуть бути пов'язані з вживанням ПАР, перелік яких наведено у додатку 2 цього Стандарту;

після надання невідкладної допомоги з приводу стану, який може бути пов'язаний з вживанням ПАР, що наведено у додатку 3 цього Стандарту;

перед призначенням лікарських засобів з вмістом ноПАР;

3) пацієнти, які приймають призначені лікарські засоби з вмістом ноПАР регулярно оцінюються на предмет зловживання ними (прийом невідповідно до призначення) та вживання будь-яких інших ПАР;

4) скринінг здійснюється за допомогою стандартних скринінгових інструментів, які оцінюють частоту вживання всіх основних ПАР, містять підрахунок важкості залежності або шкоди від вживання, і критерії для подальшої допомоги. Рекомендовано використання швидкого скринінгу NIDA, наведеного у додатку 4 цього Стандарту з чотирьох питань, і у разі позитивної відповіді щодо вживання нелегальних ПАР або лікарських препаратів не за призначенням – скринінг АССИСТ, наведеного у додатку 5 цього Стандарту;

5) застосування токсикологічних тестів для скринінгу на розлади внаслідок вживання ноПАР не доцільно, окрім випадків, коли потрібно провести диференційну діагностику гострого стану, який потребує невідкладної допомоги;

6) для пацієнтів, у яких виявлено небезпечний рівень вживання будь-якого ноПАР (4 або більше балів АССИСТ), здійснюється додаткове обстеження згідно із додатком 6 цього Стандарту, надається психосоціальне втручання (ПСВ) низької інтенсивності (коротка порада та інформація, в тому числі щодо зменшення ризиків, або структуроване короткострокове втручання, що наведено у додатку 7 цього Стандарту), а також здійснюється перенаправлення у спеціалізовані ЗОЗ для подальшої діагностики розладів внаслідок вживання ноПАР;

7) направлення пацієнта до спеціалізованих ЗОЗ, здійснюється в будь-якій з наступних ситуацій, а саме:

ін'єкційне вживання будь-якої ноПАР;

самостійне повідомлення пацієнта про неможливість зупинити вживання ноПАР;

супутня психічна коморбідність;

повторне виявлення шкідливих наслідків застосування ноПАР (психологічних, соціальних чи фізичних);

самостійна ідентифікація проблеми пацієнтом або прохання про направлення до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу;

8) всім пацієнтам, які повідомили про вживання ноПАР будь-коли у житті, надається рекомендація щодо здійснення вакцинації від вірусного

гепатиту А та вірусного гепатиту В, та інформаційний листок з порадами щодо безпеки, відповідно до додатку 8 цього Стандарту.

Розділ II. Діагностика психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів

1. Положення стандарту медичної допомоги

Діагностичні заходи при небезпечному вживанні, інтоксикації, або синдрому відміни від вживання ноПАР проводять з урахуванням клінічної, психологічної та соціальної ситуації пацієнта в амбулаторних та/або стаціонарних умовах ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу. Окрім безпосередньо розладів пов'язаних із вживанням ноПАР, здійснюється комплексна оцінка стану пацієнта, його психосоціального статусу, наявності супутніх захворювань та психічної коморбідності. Діагностика полягає у визначенні наявності гострої інтоксикації, пов'язаної із вживанням ноПАР, визначенні наявності синдрому відміни від вживання ноПАР та визначенні синдрому залежності від ноПАР відповідно до визначених діагностичних критеріїв.

2. Обґрунтування

Вживання ноПАР є небезпечним не лише через ризики щодо формування залежності, а й оскільки ноПАР часто характеризуються незадовільною очисткою в процесі приготування та додатковими домішками токсичних речовин, неточним дозуванням активної речовини, при цьому на практиці у великій кількості випадків відзначається одночасне вживання декількох ПАР. Із зазначених причин споживачі ноПАР можуть потребувати екстреної та інтенсивної медичної допомоги з приводу як надмірно виражених так званих очікуваних ефектів, так і небажаних ефектів, включно з розладами серцево-судинної діяльності, дихання, центральної нервової системи та психотичними станами, і, відповідно, потребують швидкої первинної діагностики з метою збереження життя та оптимізації лікувальних втручань.

Поведінка споживачів ноПАР може підвищувати ризик зараження інфекціями, що передаються парентеральним та/або статевим шляхом, зокрема ВІЛ, вірусні гепатити В та С, збільшує ризик травмування споживача, а також оточуючих (збільшує частоту дорожньо-транспортних пригод, насильства тощо). Значна кількість споживачів ноПАР має супутні психічні розлади, підвищений ризик самогубства, діагностика яких є важливою для надання якісної допомоги.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) при наявності відповідних симптомів, діагностування гострої інтоксикації та синдрому відміни внаслідок вживання ноПАР здійснюється на підставі анамнезу та наявної клінічної картини відповідно до додатку 9 до цього Стандарту;

2) після завершення надання допомоги у зв'язку з гострою інтоксикацією або синдромом відміни, діагностування залежності здійснюється відповідно до діагностичних критеріїв, наведених у додатку 10 до цього Стандарту;

3) у пацієнтів, яким встановлено діагноз залежності від ноПАР, здійснюється комплексна оцінка відповідно до додатку 11 до цього Стандарту, яка включає:

поглиблений анамнез захворювання – досвід вживання ПАР, а саме тривалість їх вживання, частоту, дозування, способи вживання та час, коли пацієнт вживав їх останній раз, попередні спроби лікування, та які фактори призвели до рецидиву;

оцінку наявності інших психічних та поведінкових розладів, зокрема депресії, тривожного, посттравматичного, межового та антисоціального розладу особистості, розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ), психозу, ризику заподіяння шкоди собі або іншим;

оцінку психосоціального статусу;

виявлення супутніх захворювань, з особливою увагою на захворювання, які можуть виникати у результаті вживання ПАР;

обстеження на інфекції, що передаються через кров (ВІЛ, вірусні гепатити В та С), ТБ, ПСШ, згідно з відповідними галузевими стандартами медичної допомоги;

4) при здійсненні комплексної оцінки стану пацієнта, який вживає ноПАР, увага спрямовується на виявлення ускладнень, пов'язаних з їх вживанням, наведених у додатку 2 до цього Стандарту.

Бажані:

5) для підтвердження діагнозу залежності від ноПАР рекомендовано застосування методів швидкого виявлення вживаних ПАР за допомогою токсикологічних лабораторних аналізів (сечі, крові) або інших процедур, збирання крові та/або сечі пацієнта з урахуванням інформації наведеній у додатку 12 до цього Стандарту.

Розділ III. Лікування пацієнтів з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів

1. Положення стандарту медичної допомоги

Лікувальні заходи з приводу гострої або хронічної інтоксикації (передозування), синдрому відміни та залежності від ноПАР проводять з урахуванням клінічної, психологічної та соціальної ситуації пацієнта поетапно в амбулаторних та/або стаціонарних умовах ЗОЗ, що надають екстрену, первинну та спеціалізовану медичну допомогу.

2. Обґрунтування

Споживачі ноПАР можуть потребувати медичної допомоги внаслідок гострої інтоксикації та передозування ПАР, при цьому розлади функціонування

життєво важливих органів і систем можуть бути важкими. Гостра інтоксикація ноПАР може бути небезпечною для життя та загрожувати смертю.

Довготривале вживання ноПАР як правило призводить до залежності та небезпечного абстинентного синдрому, який може проявлятися психотичними розладами. Хронічна інтоксикація ноПАР зумовлює в переважній більшості випадків загрозливі для життя соматичні розлади, дефіцит когнітивної діяльності та інших психічних функцій, соціальні проблеми. Поліорганна недостатність є небезпечною для життя та загрожуює смертю. Смертельні випадки також трапляються внаслідок агресивної поведінки та травмування споживачів ноПАР.

Основним методом лікування залежності пов'язаної із вживанням ноПАР є структуровані психосоціальні втручання (ПСВ) різної інтенсивності в залежності від виду речовини та ступеню залежності. За можливості, структуровані ПСВ, особливо на підтримувальному етапі поєднуються з іншими психосоціальними послугами, такими як ресоціалізація, групи підтримки рівний-рівному, залучення підтримки з боку близького оточення, направлення до соціальних служб, тощо. До основних доказових ПСВ відносяться: короткі інтервенції на основі мотиваційного інтерв'ю (МІ), когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), терапія посилення мотивації (ТПМ), заохочувальна терапія, сімейна терапія (СТ).

Розроблений план лікування, повне інформування пацієнта щодо його стану та ризиків, пов'язаних із вживанням ноПАР, та залучення в ролі активного учасника процесу змін, значно підвищує ефективність втручань. Доведено, що інформування та короткі втручання, які можуть надаватись на різних рівнях медичної допомоги, щодо зупинки або скорочення вживання ПАР, зміни небезпечних патернів їх вживання та зниження інших ризиків для особи або оточуючих, що пов'язані із вживанням, можуть мати значну ефективність.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) показаннями для госпіталізації пацієнта до ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу є: серцево-судинні, психотичні, неврологічні, дихальні та/або інші розлади, потреба у захисті дихальних шляхів та інтубації, загрозливі для життя соматичні розлади, визначені у додатку 3 цього Стандарту;

2) медична допомога у випадках гострої інтоксикації, передозування ноПАР, хронічної інтоксикації та залежності від ноПАР надається з урахуванням результатів клінічної і лабораторної оцінки та підозрюваної/встановленої речовини відповідно до додатку 13 цього Стандарту;

3) лікування серотонінового синдрому пов'язаного із вживанням ноПАР здійснюється відповідно до додатку 14 цього Стандарту;

4) очікування результатів лабораторних досліджень не повинно перешкоджати наданню симптоматичної медичної допомоги;

5) лікування здійснюється відповідно до розробленого індивідуального плану лікування, наведеного у додатку 15 цього Стандарту. Індивідуальний план розробляється на основі первинної оцінки стану пацієнта відповідно до додатку

11 цього Стандарту з метою визначення пріоритетності втручання, коригується залежно від поточних результатів допомоги;

6) при проведенні первинної оцінки пацієнтів до 25 років особлива увага звертається на наявність розладу дефіциту уваги та харчових розладів;

7) пацієнти і, за згодою, члени сім'ї/особи, які здійснюють догляд, забезпечуються в доступній формі інформацією щодо їхнього стану, плану лікування і подальшого спостереження, навчання навичок, необхідних для поліпшення результатів допомоги, контактів для отримання додаткової інформації та консультації. Заохочується активна роль пацієнта щодо формування плану лікування та обрання методів лікування;

8) пацієнтам надаються ПСВ стосовно небезпечного вживання та/або зловживання ПАР в амбулаторних та/або в стаціонарних умовах за правилами поступового догляду відповідно до додатку 16 цього Стандарту;

9) ПСВ обирає лікар з урахуванням наявної кваліфікації, клінічної, психологічної та соціальної ситуації пацієнта.

За наявності залежності від психостимуляторів рекомендовано: заохочувальна терапія, КПТ і СТ. За наявності канабіоїдної залежності рекомендовано: ПСВ на основі КПТ, МІ/ТПМ або СТ відповідно до додатку 16 цього Стандарту.

Для посилення ефективності втручань, та у випадку неможливості надання зазначених вище ПСВ, пацієнту надається рекомендація щодо відвідування груп підтримки рівний-рівному для осіб, які мають розлади, пов'язані із вживанням ноПАР та участь у інших програмах підтримки, організованих на базі спільноти;

10) короткострокові втручання стосовно зловживання ноПАР проводять пацієнтам з низьким ступенем залежності відповідно до додатку 7 цього Стандарту;

11) ПСВ здійснюють на всіх етапах медичної допомоги за відсутності безпосередньої загрози життю споживача ноПАР;

12) у випадку наявності супутньої психіатричної патології:

лікування обох захворювань здійснюється одночасно;

за наявності підозри щодо того, що психоз або манія викликані вживанням стимуляторів – поступове зниження дозування та прийому антипсихотичних препаратів після досягнення ремісії симптомів психозу;

за наявності симптомів депресії, тривоги, безсоння, РДУГ, які спостерігаються під час прийому стимуляторів або синдрому їх відміни – призначення лікарських засобів для лікування зазначених станів, залежно від їх тривалості та інтенсивності, навіть у випадку, якщо симптоми викликані вживанням стимуляторів та оцінка, коли зазначені симптоми з'являються у прив'язці до вживання ПАР (активне вживання, синдром відміни, стан після синдрому відміни) або наявні, незалежно від нього;

за наявності психічної коморбідності, встановленої раніше – продовження лікування з урахуванням взаємодії між лікарськими засобами, які приймаються для лікування психічного розладу, та потенційним вживанням ПАР;

за наявності РДУГ – прийняття рішення щодо призначення лікарських засобів групи психостимуляторів у випадку, якщо переваги їх призначення перевищують ризики. Після призначення психостимуляторів здійснюється моніторинг безпеки пацієнта через збільшення частоти консультацій та оглядів, перерахунку залишків препаратів, тестування на вживання ПАР;

13) симптоми, які виникають після гострого періоду синдрому відміни, зокрема депресія, тривожність, безсоння та параноя і, які можуть тривати від тижнів до місяця, лікуються задля попередження повернення до вживання ПАР;

14) жінкам, які вживають стимулятори та годують грудьми, надаються консультації щодо ризиків для дитини. У випадку продовження вживання рекомендується зупинка грудного вигодовування;

Бажані:

15) для пацієнтів, які мають обмежений територіальний доступ до послуг ПСВ, зазначені послуги надаються із використанням цифрових технологій та засобів;

16) для вагітних жінок, які вживають ПАР, додатково до ПСВ рекомендуються послуги, спрямовані на розвиток батьківських навичок та сімейно орієнтовані послуги;

17) За потреби, скерування на довгострокове стаціонарне лікування або реабілітацію, в тому числі немедичну.

Розділ IV. Індикатори якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ клінічного маршруту пацієнта з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор характеризує наявність КМП для пацієнтів ноПАР з психічними та поведінковими розладами поведінки у закладах охорони здоров'я, які надають екстрену, первинну та спеціалізовану медичну допомогу за напрямом послуги з скринінгу, діагностики та лікування розладів внаслідок вживання ПАР.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Бажаним рівнем індикатора є 100%.

Інструкція з обчислення індикатора:

організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій;

дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою;

метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки;

знаменник індикатора: кількість ЗОЗ, що надають екстрену, первинну та спеціалізовану медичну допомогу на території обслуговування, станом на звітну дату;

джерелом інформації є: звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість ЗОЗ, що надають екстрену, первинну та спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам, зареєстрованих на території обслуговування;

чисельник індикатора: кількість ЗОЗ зі знаменника, які надіслали до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій розроблені КМП для пацієнтів з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів;

джерелом інформації є: надіслані КМП для пацієнтів з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів, наданий лікарями ЗОЗ, що надають екстрену, первинну та спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам;

значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Кількість (відсоток) пацієнтів у ЗОЗ, які надають екстрену, первинну та спеціалізовану медичну допомогу (окрім психіатричної), яким проводився скринінг на вживання психоактивних речовин

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор оцінює доступність скринінгу на вживання психоактивних речовин, зокрема, для оцінки ефективності системи охорони здоров'я за напрямом раннього виявлення та та попередження прогресу розвитку розладів, пов'язаних з вживанням ПАР.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Бажаним рівнем індикатора є 100%.

Інструкція з обчислення індикатора:

організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: усі заклади, що надають екстрену, первинну медичну допомогу, ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу (окрім психіатричної) та ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу за напрямом перинатальної допомоги, розташовані на території обслуговування;

дані надаються визначеними відповідальними особами у закладах, що надають екстрену, первинну медичну допомогу, ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу (окрім психіатричної) та ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу за напрямом перинатальної допомоги, розташовані на території обслуговування;

дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою;

метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги – автоматизована обробка.

знаменник індикатора: загальна кількість пацієнтів, які звернулися у зв'язку з:

вагітністю;

неекстреними станами, які можуть бути пов'язані з вживанням ПАР;

показами до надання невідкладної допомоги з приводу стану, який може бути пов'язаний з вживанням ПАР протягом звітного періоду до ЗОЗ.

Джерелом інформації є:

медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о) або інша затверджена форма первинної медичної документації (або інформаційна електронна система соціально значущих хвороб);

чисельник індикатора: кількість пацієнтів зі знаменника, яким було проведено скринінг на вживання психоактивних речовин;

джерелом інформації є: медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о) або інша затверджена форма первинної медичної документації або

медична інформаційна система;
значення індикатора наводиться у відсотках.

3. Кількість (відсоток) пацієнтів яким надано психосоціальне втручання низької інтенсивності або структуроване короткострокове втручання після виявлення небезпечного рівня вживання будь-якого ноПАР.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор оцінює доступність короткострокових втручань для пацієнтів, у яких було виявлено небезпечний рівень вживання будь-якого ноПАР відповідно до цього Стандарту.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора: всі пацієнти, у яких виявлено небезпечний рівень вживання будь-якого ноПАР має бути надано психосоціальне втручання низької інтенсивності або структуроване короткострокове втручання відповідно до цього Стандарту.

Інструкція з обчислення індикатора:

організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: усі заклади, що надають екстрену, первинну та спеціалізовану (окрім психіатричної) медичну допомогу пацієнтам;

дані надаються визначеними відповідальними особами у закладах, що надають екстрену, первинну та спеціалізовану (окрім психіатричної) медичну допомогу пацієнтам;

дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою;

метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги – автоматизована обробка;

знаменник індикатора: кількість пацієнтів, у яких виявлено небезпечний рівень вживання будь-якого ноПАР за результатами скринінгу за звітний період; джерелом інформації є:

медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о) або інша затверджена форма первинної медичної документації або медична інформаційна система;

чисельник індикатора: кількість пацієнтів зі знаменника яким було надано психосоціальне втручання низької інтенсивності або структуроване короткострокове втручання відповідно до цього Стандарту;

джерелом інформації є: медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о) або інша затверджена форма первинної медичної документації або медична інформаційна система;

значення індикатора наводиться у відсотках.

4. Кількість (відсоток) пацієнтів з розладом внаслідок вживання ноПАР, яким було призначено лікування супутніх психічних розладів.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор характеризує охоплення лікуванням осіб, які мають діагноз залежності від ноПАР та супутню психіатричну патологію.

Бажаним рівнем індикатора є: всі особи, які мають мають діагноз залежності від ноПАР та супутню психіатричну патологію одночасно отримують лікування обох розладів.

Інструкція з обчислення індикатора:

організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: усі заклади охорони здоров'я, що надають психіатричну допомогу пацієнтам;

дані надаються визначеним та відповідальними особами у закладах охорони здоров'я, що надають психіатричну допомогу пацієнтам, до визначеного закладу обласного чи національного рівня;

дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою;

метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги – автоматизована обробка;

знаменник індикатора: кількість пацієнтів, з розладами внаслідок вживання ноПАР, яким встановлено супутній діагноз розладів психіки та поведінки за звітний період;

джерелом інформації є:

медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о) або інша затверджена форма первинної медичної документації у тому числі медична інформаційна система;

чисельник індикатора: кількість пацієнтів зі знаменника, яким було призначено лікування супутніх психічних розладів;

джерелом інформації є:

медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о) або інша затверджена форма первинної медичної документації.

5. Кількість (відсоток) пацієнтів з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів яким надавались психосоціальні втручання передбачені цим Стандартом

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор характеризує якість лікування розладів внаслідок вживання

психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів, оцінюючи відповідність цьому Стандарту методів лікування, які застосовуються у ЗОЗ.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора: всім пацієнтам, з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів, які отримували лікування цього розладу надавались доказові психосоціальні втручання різної інтенсивності відповідно до цього Стандарту.

Інструкція з обчислення індикатора:

організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: усі заклади, які надавали послуги лікування пацієнтам, з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів;

дані надаються визначеними відповідальними особами у закладах, що надають послуги лікування пацієнтам, з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів;

дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою;

метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги – автоматизована обробка;

знаменник індикатора: кількість пацієнтів, які отримували лікування психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів у звітному періоді;

джерелом інформації є:

медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о) або інша затверджена форма первинної медичної документації;

чисельник індикатора: кількість пацієнтів зі знаменника, яким надавались психосоціальні втручання різної інтенсивності передбачені цим Стандартом;

джерелом інформації є: медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о) або інша затверджена форма первинної медичної документації, у тому числі медична інформаційна система;

значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці стандарту медичної допомоги

1. Електронний документ Клінічна настанова, заснована на доказах «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів», 2024 року, https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15 квітня 2008 року № 199 «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 3 липня 2008 року за № 577/15268.

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 662/20975.

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30 листопада 2017 року № 1504 «Про затвердження форми звітності щодо надання психіатричної допомоги населенню», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 10 квітня 2018 року за № 426/31878.

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 серпня 2017 року № 992 «Про затвердження Правил застосування примусових заходів медичного характеру в спеціальному закладі з надання психіатричної допомоги», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 20 листопада 2017 року за № 1408/31276.

7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12 березня 2024 року № 418 «Про затвердження шістнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

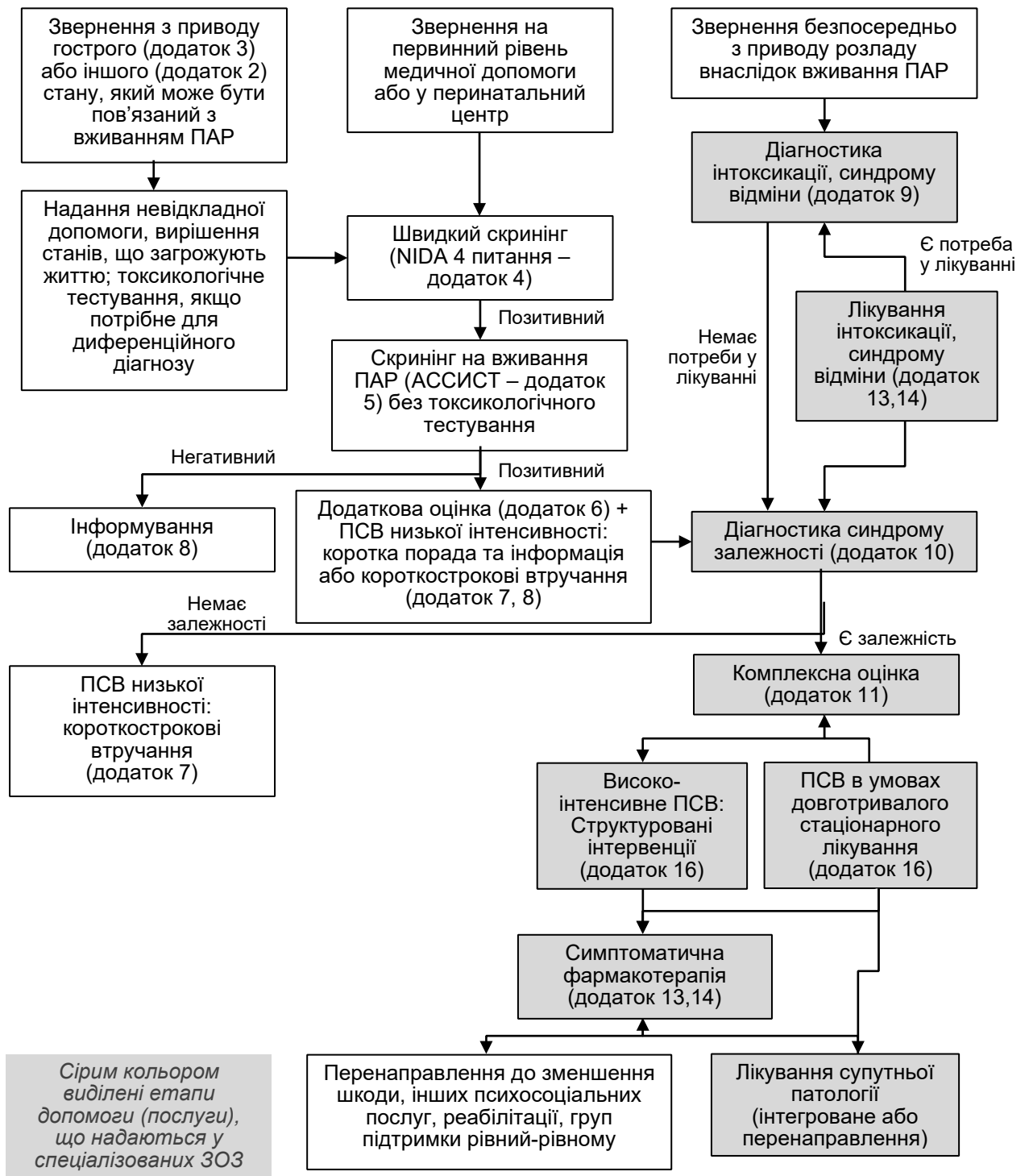
8. Керівництво mhGAP: для ведення психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я, версія 2.0.

**В.о. директора Департаменту
громадського здоров'я**

Тетяна СКАПА

Додаток 1
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання психоактивних
речовин та стимуляторів за
виключенням опіоїдів»
(пункту 2 розділу I)

**Алгоритм скринінгу, діагностики, та лікування розладів внаслідок
вживання ноПАР для дорослих**



Додаток 2
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання психоактивних
речовин та стимуляторів за
виключенням опіоїдів»
(підпункт 2 пункту 3 розділу I)

Неекстрені стани та ускладнення внаслідок вживання стимуляторів

1. Загальні ускладнення, включаючи зміну ваги тіла (оцінка індексу маси тіла) та недотримання особистої гігієни.
 2. Серцево-судинні ускладнення, такі як гіпертонія, аритмія, ішемія, легенева гіпертензія та серцева недостатність.
 3. Стоматологічні ускладнення, такі як поганий стан зубів, карієс та абсцеси.
 4. Дерматологічні ускладнення, такі як подряпини на шкірі, нейродерміт, целюліт, абсцеси та інші інфекції шкіри або м'яких тканин.
 5. Печінкові ускладнення, такі як медикаментозно-індукований гепатит.
 6. Інфекційні ускладнення, включаючи ПСШ (наприклад, ВІЛ, вірусний гепатит С).
 7. Неврологічні ускладнення, такі як мимовільні рухові розлади, ригідність, тремор, судоми, інсульт та когнітивні порушення (наприклад, дефіцит пам'яті та/або уваги).
 8. Порушення харчування, зокрема недоїдання, кахексія та їх наслідки, включаючи вітамінну недостатність.
 9. Ниркові ускладнення, такі як гостре ураження нирок та хронічні захворювання нирок.
 10. Ринологічні ускладнення, такі як риніт, атрофія слизової оболонки, ринорея.
 11. Сексуальна дисфункція.
 12. Скрегит зубами та стискання щелеп, вушний біль, головний біль та болі в області обличчя.
-

Додаток 3
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання психоактивних
речовин та стимуляторів за
виключенням опіоїдів»
(підпункт 2 пункту 3 розділу I)

**Стани, які можуть виникати внаслідок вживання ноПАР і потребують
надання невідкладної допомоги та госпіталізації**

Надання невідкладної допомоги та госпіталізації потребують такі стани:

- дисбаланс електролітів і рідини (наприклад, дегідратація, ацидоз, гіперкаліємія, гіпонатріємія);
- гіпертермія;
- ажитація;
- психоз;
- серцево-судинні порушення, такі як серцева аритмія, гіпертонічний криз, гостра декомпенсована серцева недостатність і кардіоміопатія;
- гострі неврологічні стани, такі як судоми, порушення мозкового кровообігу;
- інфекційні захворювання, такі як інфекційний ендокардит, остеомієліт, епідуральні абсцеси, септичний артрит, серйозні ураження шкіри, бактеріємія та сепсіс;
- рабдоміоліз;
- рухові порушення;
- перфорація шлунково-кишкового тракту;
- травма та ускладнення внаслідок отриманої травми;
- ризик заподіяння шкоди собі або іншим.

Додаток 4
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання психоактивних
речовин та стимуляторів за
виключенням опіоїдів»
(підпункт 4 пункту 3 розділу I)

Швидкий скринінг NIDA V1.0F

Ім'я: Стать () Ж () Ч () І

Вік.....

Інтерв'юер.....

Дата/...../.....

Вступ (будь ласка, прочитайте пацієнту)

Вітаю, я _____, радий познайомитися. Якщо Ви згодні, я хотів би поставити Вам кілька запитань, які допоможуть мені надати Вам краще медичне обслуговування. Питання стосуються Вашого досвіду вживання алкоголю, сигарет, та інших речовин. Деякі з речовин, про які ми поговоримо, призначає лікар (наприклад, знеболюючі). Але щодо таких препаратів запитання стосується тільки випадків, коли Ви їх приймали без призначення лікаря, або з інших причин, або у іншій дозі, ніж призначено. Я також запитаю Вас про вживання нелегальних наркотиків, але лише для того, щоб краще діагностувати та лікувати Вас.

Інструкція: До кожної речовини поставте відмітку у відповідному стовпчику. Наприклад, якщо пацієнт вживав амфетамін щомісяця за минулий рік, поставте позначку у графі «Щомісяця» в рядку «нелегальні наркотики».

Питання швидкого скринінгу:

Як часто <u>протягом минулих 12 місяців</u> ви вживали наступне?	Ніколи	1-2 рази	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня
Алкоголь • Для чоловіків – 5 і більше напоїв на день • Для жінок – 4 або більше напоїв на день					
Тютюнові вироби					
Лікарські препарати не за призначенням					
Нелегальні наркотики					

- Якщо пацієнт каже «Ніколи» для всіх речовин, заохочуйте подальше утримання від вживання. Скринінг закінчено.
 - Якщо пацієнт каже «Так» щодо 1 або більше днів значного вживання алкоголю, він відноситься до групи ризику. Скористайтесь відповідним Стандартом медичної допомоги для оцінки, консультування, та допомоги тим, хто має ризиковане вживання алкоголю.
 - Якщо пацієнт каже «Так» щодо вживання тютюну: будь-яке поточне вживання тютюну створює ризик для пацієнта. Порекомендуйте припинити куріння, надайте інформацію щодо можливих допоміжних засобів (препаратів) та наявних послуг.
 - Якщо пацієнт каже «Так» щодо вживання нелегальних наркотиків або лікарських препаратів не за призначенням, перейдіть до Запитання 1 інструменту АССИСТ.
-

Додаток 5
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання психоактивних
речовин та стимуляторів за
виключенням опіоїдів»
(підпункт 4 пункту 3 розділу I)

АССИСТ

Скринінговий профілактичний інструмент (опитувальник) щодо вживання
психоактивних речовин

Інтерв'юер ПІБ:	_____
Пацієнт ПІБ:	_____
Дата:	_____

Вступ (текст звернення представника закладу до пацієнта/пацієнтки)

Дякуємо Вам за участь у цьому короткому інтерв'ю, що охоплює вживання алкоголю, тютюнових виробів та інших наркотичних речовин.

Я збираюся поставити Вам декілька питань, що стосуються Вашого досвіду вживання цих речовин протягом всього вашого життя, у тому числі і за останні три місяці.

Ці речовини можуть застосовуватися різними шляхами: куріння, ковтання, нюхання, вдихання, введення у вигляді ін'єкцій або вживатися в пігулках (покажіть карту наркотиків). Деякі з цих речовин можуть призначатися лікарем (наприклад, транквілізатори або знеболюючі).

У цьому інтерв'ю ми не враховуємо препарати, призначені Вашим лікарем. Проте, якщо Ви вживаєте такі препарати не за призначенням лікаря, або вживаєте їх частіше, або у вищій дозі, ніж було призначено, будь ласка, скажіть мені про це.

Оскільки ми цікавитимемося вживанням Вами заборонених до поширення наркотиків, пам'ятайте про те, що отримана від Вас інформація такого роду залишиться суто конфіденційною.

Бланк А

Питання № 1

(На подальших візитах звіряйте поточні відповіді пацієнта з відповідями на 1-е питання під час 1-го візиту. Будь-які відмінності у відповідях мають бути досліджені)

Протягом Вашого життя чи приймали Ви будь-коли наступні речовини? (без призначення лікаря)	Ні	Так
а. Тютюнові вироби (сигарети, сигари, жувальний тютюн тощо)	0	3
б. Алкогольні напої (вино, горілка, пиво та інші)	0	3
в. Канабіс (марихуана, гашиш, план, анаша та інші)	0	3
г. Кокаїн (кокс, крек та інші)	0	3
д. Амфетаміни (екстазі та інші психостимулятори)	0	3
е. Інгалянти (клей, бензин, нітросполучення та інші)	0	3
є. Заспокійливі або снодійні (сібазон, седуксен, валіум та інші)	0	3
ж. Галюциногени (ЛСД, гриби, блекота та інші)	0	3
з. Опіати (героїн, морфін, метадон, кодеїн та інші)	0	3
и. Інші речовини – які конкретно:	0	3

Якщо всі відповіді негативні – спробуйте поставити наступне питання: «Навіть коли вчилися в школі?».

Якщо на кожен пункт була дана відповідь «Ні» – припиніть інтерв'ю. В разі відповіді «Так» у будь-якому з пунктів, поставте 2-е питання по кожній відміченій речовині.

Питання № 2

За останні три місяці, як часто Ви вживали відмічені Вами речовини (Перша речовина, друга та інші)?	Ніколи	1 раз або двічі	Раз у місяць	Раз у тиждень	Щодня або майже щодня
а. Тютюнові вироби (сигарети, сигари, жувальний тютюн та інші)	0	2	3	4	6
б. Алкогольні напої (вино, горілка, пиво та інші)	0	2	3	4	6
в. Канабіс (марихуана, гашиш, план, анаша та інші)	0	2	3	4	6

г. Кокаїн (кокс, крек та інші)	0	2	3	4	6
д. Амфетаміни (екстазі та інші психостимулятори)	0	2	3	4	6
е. Інгалянти (клей, бензин, нітросполучення та інші)	0	2	3	4	6
є. Заспокійливі або снодійні (сібазон, седуксен, валіум та інші)	0	2	3	4	6
ж. Галюциногени (ЛСД, гриби, блекота та інші)	0	2	3	4	6
з. Опіати (героїн, морфін, метадон, кодеїн та інші)	0	2	3	4	6
и. Інші речовини – які конкретно:	0	2	3	4	6

Якщо в кожному з пунктів 2-го питання відмічено «Ніколи» – продовжуйте з 6-го питання.

Якщо будь-яка з речовин, перерахованих в 2-му питанні, вживалася в попередні три місяці, – продовжуйте відповідати на 3, 4, 5 питання для кожної з відмічених речовин.

Питання № 3

За останні три місяці, як часто Ви відчували надмірно сильний потяг спожити речовину (Перша речовина, друга та інші)?	Ніколи	1 раз або двічі	Раз у місяць	Раз у тиждень	Щодня або майже щодня
а. Тютюнові вироби (сигарети, сигари, жувальний тютюн та інші)	0	3	4	5	6
б. Алкогольні напої (вино, горілка, пиво та інші)	0	3	4	5	6
в. Канабіс (марихуана, гашиш, план, анаша та інші)	0	3	4	5	6
г. Кокаїн (кокс, крек та інші)	0	3	4	5	6

д. Амфетаміни (екстазі та інші психостимулятори)	0	3	4	5	6
е. Інгалянти (клей, бензин, нітросполучення та інші)	0	3	4	5	6
є. Заспокійливі або снодійні (сібазон, седуксен, валіум та інші)	0	3	4	5	6
ж. Галюциногени (ЛСД, гриби, блекота та інші)	0	3	4	5	6
з. Опіати (героїн, морфін, метадон, кодеїн та інші)	0	3	4	5	6
и. Інші речовини – які конкретно:	0	3	4	5	6

Питання № 4

За останні три місяці, як часто вживання Вами речовини призводило до проблем зі здоров'ям, із людьми, які Вас оточують, із законом або фінансами?	Ніколи	1 раз або двічі	Раз у місяць	Раз у тиждень	Щодня або майже щодня
а. Тютюнові вироби (сигарети, сигари, жувальний тютюн та інші)	0	4	5	6	7
б. Алкогольні напої (вино, горілка, пиво та інші)	0	4	5	6	7
в. Канабіс (марихуана, гашиш, план, анаша та інші)	0	4	5	6	7
г. Кокаїн (кокс, крек та інші)	0	4	5	6	7
д. Амфетаміни (екстазі та інші психостимулятори)	0	4	5	6	7
е. Інгалянти (клей, бензин, нітросполучення та інші)	0	4	5	6	7
є. Заспокійливі або снодійні (сібазон, седуксен, валіум та інші)	0	4	5	6	7

інші)					
ж. Галюциногени (ЛСД, гриби, блекота та інші)	0	4	5	6	7
з. Опіати (героїн, морфін, метадон, кодеїн та інші)	0	4	5	6	7
и. Інші речовини – які конкретно:	0	4	5	6	7

Питання № 5

За останні три місяці як часто Вам не вдалося зробити те, що зазвичай Ви робите, через вживання речовин (Перша речовина, друга та інші)	Ніколи	1 раз або двічі	Раз у місяць	Раз у тиждень	Щодня або майже щодня
а. Тютюнові вироби (сигарети, сигари, жувальний тютюн та інші)	0	5	6	7	8
б. Алкогольні напої (вино, горілка, пиво та інші)	0	5	6	7	8
в. Канабіс (марихуана, гашиш, план, анаша та інші)	0	5	6	7	8
г. Кокаїн (кокс, крек та інші)	0	5	6	7	8
д. Амфетаміни (екстазі та інші психостимулятори)	0	5	6	7	8
е. Інгалянти (клей, бензин, нітросполучення та інші)	0	5	6	7	8
є. Заспокійливі або снодійні (сібазон, седуксен, валіум та інші)	0	5	6	7	8
ж. Галюциногени (ЛСД, гриби, блекота та інші)	0	5	6	7	8
з. Опіати (героїн, морфін, метадон, кодеїн та інші)	0	5	6	7	8
и. Інші речовини – які	0	5	6	7	8

конкретно:					
------------	--	--	--	--	--

Задайте 6 і 7 запитання відносно кожної речовини, відміченої в 1-му запитанні.

Питання № 6

Чи висловлював будь-хто з Ваших друзів або родичів побоювання з приводу вживання Вами речовин (Перша речовина, друга та інші)?	Ні, ніколи	Так, за останні три місяці	Так, та не за останні три місяці
а. Тютюнові вироби (сигарети, сигари, жувальний тютюн та інші)	0	6	3
б. Алкогольні напої (вино, горілка, пиво та інші)	0	6	3
в. Канабіс (марихуана, гашиш, план, анаша та інші)	0	6	3
г. Кокаїн (кокс, крек та інші)	0	6	3
д. Амфетаміни (екстазі та інші психостимулятори)	0	6	3
е. Інгалянти (клей, бензин, нітросполучення та інші)	0	6	3
є. Заспокійливі або снодійні (сібазон, седуксен, валіум та інші)	0	6	3
ж. Галюциногени (ЛСД, гриби, блекота та інші)	0	6	3
з. Опіати (героїн, морфін, метадон, кодеїн та інші)	0	6	3
и. Інші речовини – які конкретно:	0	6	3

Питання № 7

Чи бували у Вас будь-коли невдалі спроби контролювати вживання, знизити дозу або зовсім припинити вживання речовини (Перша речовина, друга та інші)?	Ні, ніколи	Так, за останні три місяці	Так, та не за останні три місяці

а. Тютюнові вироби (сигарети, сигари, жувальний тютюн та інші)	0	6	3
б. Алкогольні напої (вино, горілка, пиво та інші)	0	6	3
в. Канабіс (марихуана, гашиш, план, анаша та інші)	0	6	3
г. Кокаїн (кокс, крек та інші)	0	6	3
д. Амфетаміни (екстазі та інші психостимулятори)	0	6	3
е. Інгалянти (клей, бензин, нітросполучення та інші)	0	6	3
є. Заспокійливі або снодійні (сібазон, седуксен, валіум та інші)	0	6	3
ж. Галюциногени (ЛСД, гриби, блекота та інші)	0	6	3
з. Опіати (героїн, морфін, метадон, кодеїн та інші)	0	6	3
и. Інші речовини – які конкретно:	0	6	3

Питання № 8

	Ні, ніколи	Так, за останні 3 місяці	Так, не за останні три місяці
Чи вводили Ви будь-коли собі наркотики ін'єкційно? (БЕЗ ПРИЗНАЧЕННЯ ЛІКАРЯ)	0	2	1

Примітка: пацієнтки, які вводили собі наркотики ін'єкційно за останні три місяці, мають бути опитані про частоту і дозування ін'єкцій протягом цього періоду для визначення групи ризику.

Частота ін'єкцій	Тип інтервенції
Раз на тиждень або рідше, або менш ніж три дні поспіль	Коротка профілактична інтервенція, включаючи роботу з «бланком ін'єкційного ризику»

Частіше ніж раз на тиждень або три і більше днів поспіль	Подальший аналіз міри залежності та інтенсивності лікування з лікарем-наркологом*
--	---

Як визначається міра залежності від певної наркотичної речовини?

Для кожної наркотичної речовини (від а. до и.) підсумуйте бали, отримані по питаннях 2, 3, 4, 5, 6, 7 (перше і восьме питання в даний підрахунок не включаються). Наприклад, набрані бали для канабіса підраховуються таким чином: $V2в+V3в+V4в+V5в+V6в+V7в=$

Примітка: у 5-му питанні бали для тютюнових виробів не підраховувалися, т.ч. підрахунок буде наступним: $V2а + V3а + V4а + V6а + V7а$.

Тип інтервенції визначається ступенем залежності пацієнта від певної наркотичної речовини.

	Кількість набраних балів	Інтервенції не потребує	Потребує короткострокової інтервенції	Потребує інтенсивної терапії
а. Тютюн		0 – 3	4 – 26	27 +
б. Алкоголь		0 – 10	11 – 26	27 +
в. Канабіс		0 – 3	4 – 26	27 +
г. Кокаїн		0 – 3	4 – 26	27 +
д. Амфетаміни		0 – 3	4 – 26	27 +
е. Інгалянти		0 – 3	4 – 26	27 +
є. Заспокійливі		0 – 3	4 – 26	27 +
ж. Галюциногени		0 – 3	4 – 26	27 +
з. Опіати		0 – 3	4 – 26	27 +
і. Інші речовини		0 – 3	4 – 26	27 +

Примітка: *Подальший аналіз міри залежності і більш інтенсивне лікування можуть бути здійснені лікарем-наркологом.

Б. Бланк відповідей пацієнта

Бланк відповідей – психоактивні речовини

а. Тютюнові вироби (сигарети, сигари, жувальний тютюн та інші)
б. Алкогольні напої (пиво, вино, горілка та інші)
в. Канабіс (марихуана, гашиш, план, анаша та інші)
г. Кокаїн (кокс, крек та інші)
д. Амфетаміни (екстазі та інші психостимулятори)
е. Інгалянти (клей, бензин, нітросполучення та інші)
є. Заспокійливі або снодійні (сібазон, седуксен, валіум та інші)
ж. Галюциногени (ЛСД, гриби, блекота та інші)
з. Опіати (героїн, морфін, метадон, кодеїн та інші)
и. Інші речовини – які конкретно?

Бланк відповідей (питання 2 – 5)

Ніколи: не вживала/вживав за останні 3 місяці

Один раз або двічі: 1 або 2 рази за останні 3 місяці

Щомісячно: від 1 до 3 разів на місяць

Щотижня: від 1 до 4 разів на тиждень

Щодня або майже щодня: 5-7 разів на тиждень

Бланк відповідей (питання 6-8)

Ні, ніколи

Так. Але не за останні 3 місяці

Так. Протягом останніх 3 місяців

В. Бланк зворотнього зв'язку пацієнта

П.І.Б.: _____ Дата _____

Міра залежності від психоактивної речовини

Психоактивна речовина	Бали	Міра ризику
а. Тютюн	0 – 3 4 – 26 27 +	низька середня висока
б. Алкоголь	0 – 3 4 – 26 27 +	низька середня висока
в. Канабіс	0 – 3 4 – 26 27 +	низька середня висока
г. Кокаїн	0 – 3 4 – 26 27 +	низька середня висока
д. Амфетаміни	0 – 3 4 – 26 27 +	низька середня висока
е. Інгалянти	0 – 3 4 – 26 27 +	низька середня висока
є. Заспокійливі	0 – 3 4 – 26 27 +	низька середня висока
ж. Галюциногени	0 – 3 4 – 26 27 +	низька середня висока
з. Опіати	0 – 3 4 – 26 27 +	низька середня висока
и. Інші речовини	0 – 3 4 – 26 27 +	низька середня висока

Що означають Ваші бали?

Низькі	–	Ризик для здоров'я (та інших проблем) від вживання Вами психоактивних речовин – незначний
Середні	–	Ви ризикуєте здоров'ям (і появою інших проблем) через вживання Вами психоактивних речовин
Високі	–	Ви – в групі високого ризику і маєте сформовану залежність та безліч серйозних проблем (із здоров'ям, людьми, які Вас оточують, фінансами, законом та ін.) через вживання наркотиків.

Чи стурбовані Ви через вживання Вами психоактивних речовин?

а. ТЮТЮН	Ризик появи у Вас наведених нижче ускладнень	Низький	Середній	Високий
	Куріння тютюнових виробів пов'язане з:	(позначте)		
Передчасним старінням, зморшкуватою шкірою				
Інфекційними захворюваннями дихальних шляхів та астми				
Підвищеним тиском та діабетом				
Інфекційними захворюваннями дихальних шляхів, алергії та астми у дітей курця				
Викиднями, передчасними пологам, низькою вагою новонароджених в тих жінок, які курять під час вагітності				
Хворобою нирок				
Хронічними обструктивними захворюваннями легенів				
Хворобами серця, інсультами, захворюваннями судин				
Хворобами серця, інсультами, захворюваннями судин Онкологічними захворюваннями				

б. АЛКОГОЛЬ	Ризик появи у Вас нижче наведених ускладнень	Низький	Середній	Високий
	Регулярне зловживання алкоголем пов'язане з:	(позначте)		
Похміллям, агресивною і запальною поведінкою, нещасними випадками і				

травмами
Зниженням сексуальної потенції, передчасним старінням
Проблемами із травленням, виразками, запаленням підшлункової залози, високим тиском крові
Тривогою і депресією, самогубством, порушенням спілкування, фінансовими і професійними проблемами
Погіршенням пам'яті і здатності вирішувати життєві проблеми
Захворюваннями мозку новонароджених у жінок, які вживають алкоголь під час вагітності
Інсультами, поступовим пошкодженням мозку, м'язовими і нервовими розладами
Хворобами печінки і підшлункової залози
Онкологічними захворюваннями

Одна стандартна доза алкоголю приблизно дорівнює 10 г абсолютного етилового спирту, тобто, 1 стандартна доза міститься в: 330 мл пива, 100 мл вина, 25 мл горілки чи коньяку.

в. канабіс	Ризик появи у Вас нижче наведених ускладнень	Низький	Середній	Високий
	Регулярне вживання препаратів конопель пов'язане з:	(позначте)		
Порушеннями уваги та мотивації				
Тривогою, маревними розладами, панікою, депресією				
Погіршенням запам'ятовування і здатності вирішувати життєві проблеми				
Підвищенням тиску крові				
Астмою, бронхітом				
Психозами у разі схильності до шизофренії				
Хворобами серця і хронічними обструктивними захворюваннями легень				
Онкологічними захворюваннями				

г. кокаїн	Ризик появи у Вас нижче наведених ускладнень	Низький	Середній	Високий
	Регулярне вживання кокаїну пов'язане з:	(позначте)		
Порушеннями сну, серцебиттям, головним болем, зниженням ваги				
Відчуттям оніміння кінцівок, липкої шкіри, розчосами та подряпинами				
Нещасними випадками і травмами, фінансовими проблемами				
Порушеннями мислення				
Коливаннями настрою – тривогою, депресією або манією				
Агресивністю і мареннями				
Вираженим потягом до наркотика, хронічним стресом				
Психозами внаслідок вживання високих доз				
Раптовою смертю внаслідок захворювань серця				

д. амфетаміни	Ризик появи у Вас нижче наведених ускладнень	Низький	Середній	Високий
	Регулярне вживання амфетамінів пов'язане з:	(позначте)		
Порушеннями сну, втратою апетиту і зниженням ваги, зневодненням				
Судомами м'язів обличчя, головним болем, біллю в м'язах				
Коливаннями настрою – тривогою, депресією, збудженням, манією, панікою, параноєю				
Тремтінням в тілі, порушенням ритму серця, задихою				
Нападами люті та агресії				
Психозами унаслідок вживання високих доз				
Постійним пошкодженням мозкових клітин				
Хворобами печінки, мозковими кровотечами, інколи раптовою смертю (екстазі)				

е. інгальянти	Ризик появи у Вас нижче наведених ускладнень	Низький	Середній	Високий
	Регулярне вживання інгальянтів пов'язане з:	(позначте)		
Запамороченнями і галюцинаціями, постійною сонливістю, порушенням орієнтування, погіршенням зору				
Симптомами застуди, синуситами, носовими кровотечами				
Порушеннями травлення, виразками шлунку				
Нещасними випадками та травмами				
Втратою пам'яті, затьмаренням свідомості, депресіями, агресивністю				
Порушеннями координації, сповільненою реакцією, гіпоксією				
Деліріозними розладами свідомості, судомами, комою, пошкодженнями внутрішніх органів (серця, легень, печінки, нирок)				
Смертю від серцевої недостатності				

е. заспокійли ві	Ризик появи у Вас нижче наведених ускладнень	Низький	Середній	Високий
	Регулярне вживання седативних пов'язане з:	(позначте)		
Постійною сонливістю, запамороченнями і затьмареннями свідомості				
Послабленням концентрації уваги і запам'ятовування				
Нудотою, головним болем, нестійкою ходою				
Порушеннями сну				
Тривогою і депресією				
Швидким зростанням толерантності і появою залежності незабаром після початку вживання				
Важкою абстиненцією				
Передозуванням і смертю в разі одночасного вживання з алкоголем, опіатами або іншими заспокійливими засобами				

ж. галюциноген и	Ризик появи у Вас нижче наведених ускладнень	Низький	Середній	Високий
	Регулярне вживання галюциногенів пов'язане з:	(позначте)		
Галюцинаціями (приємними або неприємними) – зоровими, звуковими, тактильними, сенсорними				
Порушеннями сну				
Нудотою і блюванням				
Прискоренням серцебиття і підвищенням тиску крові				
Коливаннями настрою				
Тривогою, панікою, маревними розладами				
Нав'язливими спогадами				
Погіршенням перебігу психічних розладів				

з. опіати	Ризик появи у Вас нижче наведених ускладнень	Низький	Середній	Високий
	Регулярне вживання опіатів пов'язане з:	(позначте)		
Нудотою і блюванням, свербінням шкіри				
Сонливістю				
Закрепами, захворюваннями зубів				
Погіршенням концентрації уваги і запам'ятовуванням				
Зниженням сексуального потягу, імпотенцією				
Порушеннями міжособистісного спілкування				
Фінансовими і професійними проблемами, порушень закону				
Швидким зростанням толерантності і появою залежності, важкою абстиненцією				
Передозуванням і смертю від дихальної недостатності				

Г. Бланк ін'єкційного ризику

Інформація для пацієнта

Введення наркотиків в ін'єкціях значно підсилює шкоду, що наноситься організму внаслідок вживання. Ця шкода надходить через:

Наркотичну речовину:

- при ін'єкційному шляху прийому наркотику значно зростають шанси виникнення залежності;
- якщо Ви вводите амфетаміни або кокаїн – значно зростають шанси розвитку психозу;
- якщо Ви вводите героїн або інші седативні – значно зростають шанси передозування.

Процес ін'єкції:

- роблячи ін'єкції, Ви пошкоджуєте свою шкіру і вени, інфікуєте їх;
- ін'єкції призводять до формування рубців і шрамів, синців, набряків, абсцесів і виразок;
- вени втрачають еластичність і починають спадатися;
- у судини шиї призводить до інсульту.

Спільне використання засобів для ін'єкцій:

- при спільному використанні голки і шприців (а також ложок, фільтрів та ін.) зростає загроза захворювання і поширення таких вірусних інфекцій, як гепатит В, гепатит С і ВІЛ.
- аби уникнути означених вище ускладнень – краще взагалі ніколи не робити ін'єкцій.

Якщо Ви все ж таки вживаєте наркотики в ін'єкціях:

- використовуйте завжди чисті (стерильні) засоби для ін'єкцій (наприклад, голки і шприци, ложки, фільтри та ін.);
- використовуйте завжди лише нові голки і шприци;
- використовуйте лише свої особисті засоби для приготування наркотику та ін'єкцій, не надавайте їх у спільне користування;
- місце приготування і введення наркотику має бути завжди чистим;
- ретельно мийте свої руки;
- обробляйте місце ін'єкції;
- кожного разу змінюйте місце ін'єкції;
- робіть ін'єкції повільно;
- використані голки і шприци кладіть в окремий контейнер і викидайте їх в призначених місцях.

Якщо Ви вживаєте стимулятори (амфетаміни або кокаїн) – наступні кроки знизять ризик розвитку у вас психозу:

- уникайте ін'єкцій і паління наркотику;
- уникайте щоденного вживання наркотику.

Якщо Ви вживаєте наркотики-депресанти (наприклад, героїн) – наступні кроки знизять ризик розвитку у вас передозування:

- уникайте паралельного вживання інших наркотиків, особливо

- седативних або алкоголю;
- використовуйте невелику кількість наркотику, завжди робіть «пробу» нового наркотику;
 - намагайтеся, аби поруч завжди хтось знаходився під час ін'єкції;
 - уникайте ін'єкцій в таких місцях, де Вас буде важко знайти в разі передозування;
 - завжди тримайте при собі телефонні номери «Швидкої допомоги».

*Усі спеціалісти, залучені до проведення скринінгу мають пройти відповідне навчання для забезпечення ефективності скринінгової програми.

Додаток 6
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання психоактивних
речовин та стимуляторів за
виключенням опіоїдів»
(підпункт 6 пункту 3 розділу I)

Обстеження пацієнтів з позитивним результатом скринінгу на вживання ПАР

- 1. Збір анамнезу щодо вживання.**
- 2. Проведення фізичного огляду для виявлення ускладнень пов'язаних із вживанням, зокрема способом введення та типом ПАР.**
- 3. Для визначення потреби у послугах та консультуванні щодо зменшення шкоди оцінка:**
 - частоти та кількості вживання, включаючи вживання великої кількості речовини за короткі проміжки часу;
 - вживання речовини наодинці;
 - одночасне вживання призначених і непризначених психотропних ліків та інших речовин, зокрема опіоїдів, алкоголю та інших депресантів центральної нервової системи;
 - передозування в анамнезі;
 - історії відвідувань та госпіталізацій у відділення невідкладної допомоги, пов'язаних із прийомом стимуляторів;
 - шляхи введення, зокрема ін'єкційне вживання;
 - історії наявності ППСШ за останні шість місяців;
 - скринінг супутніх психічних розладів (посттравматичні, депресивні, тривожні розлади), згідно відповідних Стандартів.
- 4. Аналіз соціальної ситуації:**
 - контекст вживання речовини (наприклад, хімічний секс, втрата ваги, успішність у навчанні чи роботі, залишатись в бадьорості);
 - наявність психічної травми;
 - насильство з боку інтимного партнера.
- 5. Для оцінки ризикованої сексуальної поведінки здійснюється збір інформації щодо:**
 - вживання ПАР для посилення сексуальних відчуттів (хімсекс);
 - регулярне невикористання презервативу при статевих контактах;
 - історія наявності бактеріальної ППСШ (хламідіоз, сифіліс, гонорея) за останні шість місяців;
 - діагностовано ППСШ протягом року та/або наявність партнера, який має ППСШ;
 - нещодавня незапланована вагітність (включаючи вагітність партнерки);
 - наявність декількох статевих партнерів;
 - перебування в ролі рецептивного статевого партнера без використання презервативу;
 - нещодавня історія сексуального насильства.

Додаток 7
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання психоактивних
речовин та стимуляторів за
виключенням опіоїдів»
(підпункт 6 пункту 3 розділу I)

Короткострокові втручання при небезпечному вживанні ПАР

Короткострокове втручання – це лікувальна стратегія, при якій з метою допомогти особі припинити або скоротити вживання ПАР або (рідше) за життєвими показаннями використовується структурована терапія короткої тривалості (зазвичай 5-30 хвилин). Лікар або фахівець, який проводить короткострокове втручання, повинен пройти навчання щодо застосування мотиваційних технік для встановлення контакту з клієнтом, щоб уникнути захисної поведінки, і для підвищення внутрішньої мотивації до припинення ризикованого вживання ПАР до виникнення ускладнень.

Короткострокові втручання можуть включати:

- скринінг-тестування людей з метою виявлення небезпечного і згубного вживання ПАР;
- надання простих рекомендацій з приводу дотичних проблем зі здоров'ям, а також мотивації пацієнта до зміни поведінки щодо вживання ПАР.

Компоненти ефективних короткострокових втручань описуються в системі FRAMES:

- забезпечення зворотного зв'язку (feedback) щодо персонального ризику або захворювання;
- акцент на власній відповідальності (responsibility) клієнта;
- надання прямих порад/рекомендацій (advice) про можливості змін;
- пропозиція та забезпечення альтернативних підходів (menu);
- емпатичне ставлення (empathy);
- віра у власну здатність до змін (self-efficacy).

Основні етапи ефективного короткострокового втручання:

1. Фахівець, який проводить інтерв'ю, ставить питання щодо вживання ПАР у контексті здоров'я і добробуту пацієнта, зокрема в контексті проблеми, яка привела пацієнта на цей сеанс.

2. Фахівець вислуховує пацієнта і застосовує такі методи, як узагальнення і рефлексія, для забезпечення зворотного зв'язку.

3. Пацієнту пропонується узагальнити сказане і надається позитивний відгук, що спонукає його прийняти на себе відповідальність за зміну своєї поведінки.

Компоненти ефективного короткострокового втручання:

1. Інформування щодо підвищених ризиків та необхідності запобігання:

- потенційній передачі ВІЛ, вірусних гепатитів В та С, а також інших інфекцій, що передаються статевим шляхом, та/або через кров;
- підвищеній агресії та сексуальним насильствам;
- керування автомобілем або роботі з важкими механізмами, технікою чи виконанню робіт, яка потребує підвищеної уваги та пов'язана з небезпекою для особи або оточуючих;
- підвищеній вірогідності специфічного ураження шкіри, серцево-судинних розладів, ураження нирок;
- психіатричній (та когнітивній), фізичній та тератогенній шкоді ПАР.

За умови наявності ризикованої сексуальної поведінки надається рекомендація щодо використання доконтактної профілактики ВІЛ.

2. З'ясування мотивації щодо вживання, зокрема наявність таких спонукаючих факторів як бажання посилити сексуальні відчуття, втрата ваги, збільшення ефективності роботи чи навчання, бажання довше лишатись без сну. У випадку наявності зазначених мотивів, обговорюються інші шляхи досягнення бажаного результату без шкоди для здоров'я.

3. Перенаправлення у спеціалізований заклад для подальшої діагностики розладів внаслідок вживання ноПАР з визначенням плану подальшого спостереження на рівні первинної медичної допомоги.

Додаток 8
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання психоактивних
речовин та стимуляторів за
виключенням опіоїдів»
(підпункт 8 пункту 3 розділу I)

Інформаційний листок щодо безпеки при небезпечному вживанні ПАР (S-T-A-Y-I-N-G S-A-F-E).

S Негайно зверніться до лікаря, якщо ви прийняли занадто багато ПАР. Не використовуйте інші ліки в надії на усунення наслідків.

T Дві або більше речовин, що вживаються одночасно, значно збільшують ризик передозування (особливо заспокійливі, наприклад, алкоголь або кетамін).

A Завжди точно вимірюйте дози ПАР (використовуйте, наприклад, шприци або піпетки). Зачекайте, поки не відчуєте ефект, і не повторюйте дозування принаймні 2 години після прийому речовини.

Y Вам слід уникати вживання ПАР наодинці і завжди вживати його в безпечному місці та з кимось, хто його не прийматиме, оскільки можлива втрата свідомості та погіршення самопочуття.

I Якщо ви вжили речовини і збираєтеся спати – спіть на боці, особливо якщо ви захворіли. Поверніть сплячих або непритомних друзів у стабільне бічне положення (recovery position).

N Ніколи не пийте ПАР прямо з пляшки або не виливайте дозу прямо з пляшки. Завжди розбавляйте у воді та додайте харчовий барвник, щоб уникнути випадкового випивання. Ніколи не зберігайте ПАР у пляшках для напоїв, особливо в громадських місцях, де його можуть пити інші, які не знають про вміст.

G ПАР викликає фізичну залежність, і залежність може виникнути швидко. Уникайте частого використання, особливо щоденного.

S Важкі та потенційно серйозні симптоми під час абстиненції ПАР виникають, якщо у вас є ознаки залежності і ви різко знижуєте дозу речовини або пропускаєте її прийом.

A Гострі симптоми абстиненції та відсутність ПАР? Негайно зверніться за медичною допомогою до відділення екстреної допомоги. Ваш стан може потребувати невідкладної медичної допомоги.

F Знайдіть медичний заклад для планової детоксикації ПАР. Не намагайтеся різко зупинитися самостійно. Якщо ви хочете зменшити дозу, робіть це дуже маленькими кроками, поки не знайдете медичну допомогу.

E Використовуйте методи для стабілізації використання; щоденники споживання можуть бути дуже корисними. Ведіть щоденник ПАР та записуйте свої дози та час використання.

Додаток 9
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання психоактивних
речовин та стимуляторів за
виключенням опіоїдів»
(підпункт 1 пункту 3 розділу II)

Симптоми розладів, зумовлених небезпечним вживанням нoПАР

ПАР Ознаки	Кан абі оїд и	Галю цино генні ПАР	Екст азі та ПАР поді бної дії	Меф едро нова інток сика ція	Стим улят ори амфе тамі ново го типу	ГГБ / ГБ Л	Кет амі н	Окс ид азот у	Ко каї н	М ет ам фе та мі н
Ністагм				+			+			
Розширення зіниць	+	+			+				+	
Біль у носових ходах				+						
Носова кровотеча				+						
Біль у роті				+						
Сухість у роті				+						
Шум у вухах	+									
Анорексія				+						
Тремор	+				+					
М'язовий тонус	+	+		+						
Пітливість	+	+		+	+				+	
Висипання				+						
Гіпотермія		+						+		

ПАР Ознаки	Кан абі оїд и	Галю цино генні ПАР	Екст азі та ПАР поді бної дії	Меф едро нова інток сика ція	Стим улят ори амфе тамі ново го типу	ГГБ / ГБ Л	Кет амі н	Окс ид азот у	Ко каї н	М ет ам фе та мі н
Гіпертермія			+	+	+				+	
Гіпотонія					+	+				
Гіпертонія	+	+	+	+	+				+	
Тахікардія	+	+	+	+	+		+		+	
Брадикардія	+					+				
Порушення серцевого ритму					+					
Біль у грудях	+			+	+				+	
Збудження	+			+			+		+	
Сексуальне збудження				+						
Тривога / психоз	+	+	+	+	+				+	
Депресія		+		+						
Візуальні галюцинації	+	+		+	+		+		+	
Ейфорія		+		+	+	+			+	
Безсоння				+						
Дезорієнтація								+	+	
Головний біль				+	+				+	
Нудота/блюва ння	+	+	+	+	+				+	
Порушення	+			+		+				+

ПАР Ознаки	Кан абі оїд и	Галю цино генні ПАР	Екст азі та ПАР поді бної дії	Меф едро нова інток сика ція	Стим улят ори амфе тамі ново го типу	ГГБ / ГБ Л	Кет амі н	Окс ид азот у	Ко каї н	М ет ам фе та мі н
свідомості										
Метаболічний ацидоз					+					
Серотонінови й синдром			+	+	+					
Тахіпное		+							+	
Задишка	+			+	+					
Пригнічення дихання	+	+				+				
Сонливість	+					+				
Судоми	+	+		+	+				+	
Кома	+					+				
Зупинка серця				+					+	

Додаток 10
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання психоактивних
речовин та стимуляторів за
виключенням опіоїдів»
(підпункт 2 пункту 3 розділу II)

Діагностичні критерії залежності відповідно до МКХ-10 (ICD-10 Checklist)

Наступні питання стосуються Вашого споживання ПАР. Щирі відповіді допоможуть Вашому лікарю вибрати правильне і необхідне для Вас лікування.

Питання	Відповідь	
	Так	Ні
1. Чи було у Вас сильне бажання або виражений потяг (“тяга”) до вживання наркотику?	Так	Ні
2. Чи вважали Ви, що Вам важко або неможливо контролювати споживання наркотику?	Так	Ні
3. Чи виникали у Вас симптоми відміни (“ломки”), якщо Ви припиняли вживати наркотик?	Так	Ні
4. Чи доводилося Вам приймати наркотик, щоб позбутися симптомів відміни (“ломки”)?	Так	Ні
5. Чи помічали Ви, що для досягнення того ж ефекту потрібно приймати дози більше, ніж раніше (толерантність)?	Так	Ні
6. Чи відзначаєте Ви, що з часом Ви перестали урізноманітнювати характер вживання наркотику?	Так	Ні
7. Чи помітили Ви, що стали все більше і більше нехтувати своїми колишніми інтересами на користь прийому наркотиків?	Так	Ні
8. Відзначали Ви, що споживання наркотиків шкодить Вам психологічно або фізично?	Так	Ні
9. Продовжували Ви приймати наркотики незважаючи на явні шкідливі наслідки, пов’язані з їх прийомом?	Так	Ні
10. Як довго тривають проблеми, пов’язані з наркотиками?		
а. в роках		
в. в місяцях		

Пояснення та інтерпретація

Згідно МКХ-10, залежність від ПАР проявляється наступними шістьма симптомами:

1) сильне бажання або відчуття нав'язливого потягу до прийому речовини;

(позитивна відповідь на питання 1)

2) порушена здатність контролювати прийом речовини (початок та закінчення вживання або прийом дози), про що свідчать споживання речовини у більшій кількості або протягом більшого періоду часу, ніж був намір, або постійне бажання чи безуспішні спроби скоротити прийом речовини або контролювати її вживання;

(позитивна відповідь на питання 2)

3) фізіологічний стан відміни, що розвивається при прийнятті чи скороченні прийому речовини, про що свідчить синдром відміни, притаманний для цієї речовини, або вживання такої ж (або схожої) речовини з метою полегшення чи попередження синдрому відміни;

(позитивна відповідь на питання 3 АБО 4)

4) ознаки появи толерантності щодо дії речовини, такі як: явне послаблення ефекту при безперервному регулярному прийомі однієї і тієї ж дози речовини або значне підвищення дози, необхідної для досягнення бажаного ефекту, або такої, що викликає інтоксикацію;

(позитивна відповідь на питання 5)

5) постійна стурбованість вживанням речовини, що проявляється у тому, що заради вживання речовини нехтуються важливі альтернативні шляхи отримання задоволення та інші інтереси, або в тому, що витрачається надзвичайно велика кількість часу на діяльність, пов'язану з отриманням та прийомом речовини, а також на відновлення після наслідків її вживання;

(позитивна відповідь на питання 6 АБО 7)

6) стійке вживання речовини всупереч ясным доказам шкідливих наслідків, яке проявляється у тому, що особа продовжує вживати речовину навіть, якщо вона інформована щодо природи і ступеня шкоди.

(позитивна відповідь на питання 8 АБО 9)

Діагноз залежності може бути встановлено, якщо три або більше з цих симптомів виникали одночасно протягом останніх 12 місяців.

Додаток 11
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання психоактивних
речовин та стимуляторів за
виключенням опіоїдів»
(підпункт 3 пункту 3 розділу II)

Оцінка гострої інтоксикації (передозування) та синдрому відміни

Первинна оцінка

1. Виявлення будь-яких гострих проблем та ускладнень гострої інтоксикації стимуляторами або синдрому відміни, які б вказували на те, що пацієнт потребує більш інтенсивного догляду.

Це включає оцінку гіперадренергічних симптомів, включаючи тахікардію, гіпертензію, гіпертермію та збудження.

2. Початкове клінічне обстеження при підозрі на гостру інтоксикацію стимуляторами або синдром відміни:

клінічна бесіда (за можливості);

фізичний огляд;

спостереження за ознаками та симптомами, про які повідомляє пацієнт;

перегляд будь-якої доступної додаткової інформації;

оцінка ризику заподіяння пацієнтом шкоди собі та іншим.

Комплексне обстеження

1. Гостра інтоксикація стимуляторами та синдром відміни в першу чергу діагностуються на основі історії пацієнта та фізичного огляду, а також результатів будь-яких клінічних, діагностичних та/або токсикологічних тестів.

2. Якщо деякі елементи медичного обстеження недоступні в даному місці, результати базової оцінки життєво важливих ознак і цілеспрямованої оцінки психічного стану використовуються для визначення терміновості подальшого медичного обстеження або направлення для більш комплексного медичного обстеження.

3. Рішення щодо лабораторних досліджень базується на наявних ознаках і симптомах і включає:

загальний аналіз крові;

комплексну метаболічну панель (біохімічний аналіз крові), печінкові проби, показники роботи нирок;

маркери рабдоміолізу (креатинкіназа, лактат (у випадках рабдоміолізу і ацидозу) та ураження серця (креатинкіназа, тропонін).

4. При оцінці результатів загального аналізу крові пацієнтів із кокаїновою гострою інтоксикацією або синдромом відміни звертається увага на рівень нейтрофілів, оскільки левамізол є поширеною добавкою та може спричинити імуносупресію, зокрема, нейтропенію та васкуліт дрібних судин.

5. У пацієнтів з гострою інтоксикацією стимуляторами або синдромом відміни можуть використовуватись токсикологічні тести для:

диференціальної діагностики разом з іншою клінічною інформацією; визначення вживання речовин, які можуть спричинити взаємодію між ліками, при виборі фармакотерапії для лікування станів гострої інтоксикації або синдрому відміни.

6. Якщо є підозра на інтоксикацію стимулятором, але результати тестування на виявлення ПАР в організмі пацієнта є негативним розглядається ймовірність вживання пацієнтом нових ПАР, які не можуть бути визначені наявними методами діагностики.

Оцінка пацієнта на спеціалізованому рівні медичної допомоги

Первинна оцінка.

Першочерговим клінічним пріоритетом є виявлення будь-яких невідкладних медичних або психіатричних ознак або симптомів, включаючи гостру інтоксикацію або передозування, і надання відповідного лікування.

Комплексне обстеження:

1. Збір анамнезу щодо вживання.
2. Оцінка психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання ПАР на основі діагностичних критеріїв.
3. Фізичний огляд, орієнтований на оцінку не гострих ознак і симптомів вживання ПАР, включаючи ускладнення.
4. Оцінка ризику пов'язаного із вживанням ПАР (шкідливі патерни вживання).
5. Історія звернення за допомогою та лікування розладів пов'язаних із вживанням ПАР.
6. Соціальні фактори та умови середовища пов'язані зі здоров'ям та які можуть вплинути на доступ до лікування та його ефективність, зокрема, наявність стабільного місця проживання, догляд за дітьми, працевлаштування, сімейне середовище, економічний добробут, досвід стигми та дискримінації.
7. Оцінка психічного стану для виявлення супутніх психічних розладів, таких як:
 - психоз;
 - РДУГ;
 - депресія;
 - тривожність;
 - когнітивні порушення;
 - ризик заподіяння шкоди собі або іншим;
 - наявність психічної травми.
8. Коморбідні психічні розлади або схильності (гемблінг, геймінг, інтернет залежність, сексуальна залежність).
9. Лабораторні дослідження. Базові лабораторні дослідження:

загальний аналіз крові;
комплексна метаболічна панель (біохімічний аналіз крові), наприклад, печінкові проби, показники роботи нирок;
скринінг на ВІЛ, вірусні гепатити В та С, ТБ;
скринінг на ПСШ (наприклад, гонорею, хламідіоз, сифіліс);
тестування на вагітність для пацієнок фертильного віку.

Лікарі також можуть розглянути можливість призначення інших досліджень за необхідності на основі клінічної оцінки, зокрема креатинкіназа за наявності ознак рабдоміолізу (наприклад, підвищений м'язовий тонус/ригідність, підвищена температура).

10. При обстеженні пацієнтів із тривалим або інтенсивним прийомом САТ, клініцистам слід розглянути необхідність:

обстеження на наявність розладів серцево-судинної системи;
електрокардіограма (ЕКГ) на основі результатів анамнезу та фізичного огляду;

тестування на креатинкіназу для рабдоміолізу на основі результатів анамнезу та фізичного обстеження;

обстеження на наявність захворювання нирок.

11. Ризикована поведінка щодо інфікування ВІЛ, вірусними гепатитами А, В та С включаючи:

ризиковану сексуальну поведінку;

ін'єкційне вживання ПАР;

використання чужого інструментарію для приготування або вживання ПАР.

12. Вживання ПАР в родині або особами, з якими пацієнт спільно проживає, та наявність у них психічних розладів (включаючи такі розлади в анамнезі).

13. Використання контрацепції.

14. Для оцінки ризикованої сексуальної поведінки здійснюється збір інформації щодо:

вживання ПАР для посилення сексуальних відчуттів (хімсекс);

регулярне невикористання презервативу при статевих контактах;

історія наявності бактеріальної ПСШ (хламідіоз, сифіліс, гонорея) за останні шість місяців;

діагностована ПСШ протягом року;

наявність партнеру, який має ПСШ;

нешодавня незапланована вагітність (включаючи вагітність партнерки),

наявність декількох статевих партнерів;

перебування в ролі рецептивного статевого партнера без використання презервативу;

нешодавня історія сексуального насильства.

Додаток 12
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання психоактивних
речовин та стимуляторів за
виключенням опіоїдів»
(підпункт 5 пункту 3 розділу II)

Правила тестування на наркотичні речовини під час лікування

1. Тестування на наркотичні речовини може бути використано для прийняття клінічних рішень щодо пацієнтів із розладами внаслідок вживання ПАР або з ризиком синдрому відміни ПАР.
 2. Тестування на наркотичні речовини не може ані діагностувати, ані виключити наявність психічних та поведінкових розладів пов'язаних із вживанням ПАР.
 3. Результати тестування на наркотики слід розглядати в комплексі з історією хвороби, фізикальним обстеженням та психосоціальною оцінкою для розробки плану догляду за пацієнтом.
 4. Тестування на наркотики може бути важливим доповненням до самозвіту пацієнта, оскільки пацієнти можуть не знати про хімічний склад речовин, які вони вживають.
 5. Розбіжності між самозвітом пацієнта та результатами тестів на наркотики слід обговорювати з пацієнтом.
-

Додаток 13
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання психоактивних
речовин та стимуляторів за
виключенням опіоїдів»
(підпункт 2 пункту 3 розділу III)

Медична допомога при гострій інтоксикації (передозуванні) та залежності внаслідок вживання ПАР та стимуляторів

Депресанти центральної нервової системи (гамма-гідроксибутират (ГГБ) та гамма-бутиролактон (ГБЛ))

1. Гостра інтоксикація (передозування).

Підтримувальна симптоматична терапія з особливою увагою до підтримки дихання. Тривалість зниження свідомості (особливо глибока кома), як правило, короткочасна, і більшість пацієнтів повністю одужують протягом 2-3 годин від початку коми.

Оскільки при інтоксикації може виникати блювання, необхідно вжити заходів для забезпечення прохідності дихальних шляхів. Немає необхідності інтубувати виключно на основі оцінки GCS (Шкала коми за Глазго), як у інших медичних та травмованих пацієнтів.

У невідкладних випадках гострої абстиненції радять симптоматичне лікування.

Седація пацієнтів у періоди збудження розглядається з обережністю, оскільки ступінь седативної індивідуальний, може знадобитися підтримка дихання до повного одужання пацієнта.

2. Запобігання гострій абстиненції після детоксикації.

Не рекомендується промивання чи дезінтоксиканти для шлунку (наприклад, активоване вугілля).

У осіб з залежністю від ГБЛ/ГГБ може бути погіршення стану внаслідок розвитку абстиненції вже за 24-48 годин.

3. Залежність.

Показано симптоматичне лікування з використанням бензодіазепінів як першої лінії лікування, при цьому симптоми необхідно контролювати допоміжними речовинами.

Баклофен та барбітурати описані як допоміжні засоби другої лінії. Обережно застосовувати баклофен на тлі застосування ГГБ/ГБЛ, можливий розвиток коми та дихального дистресу. Антипсихотичні засоби слід застосовувати з обережністю через ризик розвитку злякисного нейролептичного синдрому та судом.

4. Рекомендація та медичний супровід відмови від вживання ГГБ/ГБЛ.

Користувачам ГГБ/ГБЛ, які бажають припинити вживання, слід пропонувати медичну допомогу. Якщо вони хочуть самотійно скоротити

вживання ГГБ/ГБЛ, вони повинні це робити дуже маленькими кроками та під наглядом медичних працівників. Щоденники споживання можуть бути корисними. Поступове зменшення дози може бути ефективним способом досягнення відміни від залежності. Однак, для цього потрібна висока мотивація та ретельний контроль у стаціонарних умовах.

Кетамін та його аналоги

1. Гостра інтоксикація.

Протиотрути при передозуванні кетаміном не існує.

Підтримувальна терапія проводиться з особливою увагою до серцевої та дихальної функцій, оскільки дія препарату зазвичай короткочасна.

Бензодіазепіни застосовуються у разі психомоторного збудження пацієнта.

Проводиться обстеження на наявність інших причин клінічної картини, наприклад, супутнє вживання інших ПАР, травми голови, гіпоглікемія тощо. Має бути усунено зовнішні фактори слухової та зорової стимуляції до тих пір, поки не зникнуть симптоми – тихе середовище з мінімумом зовнішніх подразників може запобігти надмірному збудженню (наприклад виключене світло в палаті).

Активоване вугілля не потрібно під час гострої інтоксикації кетаміном, за винятком випадків, коли є докази того, що пацієнт приймав інші речовини або у разі великої кількості вживання кетаміну за умови, що пацієнт одразу звертається по допомогу.

Пацієнти у стані глибоко зміненої свідомості, збуджені, з гіпертермією, явними симпатоміметичними ознаками можуть потребувати підтримки дихання, серцево-судинної підтримки, титрованої терапії бензодіазепінами (діазепам, мідазолам).

Детоксикацію потрібно проводити за допомогою режиму зменшення дози діазепаму протягом трьох днів, разом із трьома сеансами мотиваційного консультування. Не існує досліджень, які б підтверджували застосування інших фармацевтичних засобів, тому будь-яке призначення повинно проводитися на основі клінічної оцінки.

2. Залежність.

Основною небезпекою хронічного вживання є урологічні проблеми, у т.ч. сечового міхура. Варто відмовити пацієнта від прийому препарату та заповнити опитувальник тазового болю та терміновості/частоти. ([Chronic Pelvic Pain: Assessment, Evaluation, and Objectivation - PMC \(nih.gov\)](#) або [Pelvic-Pain-Assessment-form-patient.pdf](#)).

Існують докази того, що введення агоністів рецепторів NMDA, таких як кетамін, збільшує вивільнення дофаміну у прилеглому ядрі, що зазвичай пов'язано із залежністю.

Вживання кетаміну пов'язане з пошкодженням сечовидільної системи, яке може бути у формі важкого, а в деяких випадках і необоротного пошкодження сечового міхура. Кетамін може викликати діабетичний кетоацидоз при діабеті 1

типу. Метаболічний ацидоз може бути важким і в деяких випадках був пов'язаний з рабдоміолізом.

Оксид азоту

1. Гостра інтоксикація.

Лікування включає припинення вдихання газу та симптоматичне лікування розладів, що виникають. Доцільне спостереження протягом щонайменше однієї години після впливу, проведення ЕКГ в 12-ти відведеннях та загального аналізу крові у пацієнтів із симптомами.

2. Залежність.

Лікування включає припинення впливу оксиду азоту та застосування фолієвої кислоти, внутрішньом'язове введення ціанокобаламіну та внутрішньовенне введення метилпреднізолону.

Кокаїн

1. Гостра інтоксикація.

Під час психозу, викликаного стимуляторами, включаючи кокаїн індуковані психози (КІП), необхідно заохочувати споживачів утримуватись від стимуляторів та лікувати їх антипсихотичними препаратами до зникнення гострих симптомів, після цього слід призначити регулярний прийом низьких доз антипсихотичних засобів тим, хто пережив більше одного епізоду психозу.

Лікування для КІП включає безпечне середовище для утримання від вживання, клінічне ведення збудженням та усунення основного розладу, викликаного вживанням ПАР.

2. Залежність.

Фармакологічне лікування з підтвердженою ефективністю відсутнє. Психосоціальні втручання є основою лікування, оскільки вживання кокаїну пов'язане із залежністю, є важливою проблемою громадського здоров'я, характеризується рецидивом та безліччю медичних та психосоціальних ускладнень. Медична допомога надається відповідно до розвитку патологічних синдромів.

Стимулятори амфетамінового типу

1. Гостра інтоксикація.

Забезпечення прохідності дихальних шляхів та достатня вентиляція у разі втрати свідомості. У разі зупинки серця потрібна серцево-легенева реанімація.

Користь промивання шлунку невизначена, але рекомендується пероральне активоване вугілля, якщо будь-яка кількість речовини проковтнута протягом 1 години за умови захисту дихальних шляхів.

Спостерігати за пацієнтами без об'єктивних симптомів щонайменше 4 години або 8 годин за пацієнтами, які вживали препарати з пролонгованим вивільненням.

2. Залежність.

Поетапний догляд за споживачами САТ:

	Тип споживача, придатного для втручання	Втручання
Крок 1	Споживачі «час від часу» САТ мають відносно низький ризик	Дотримування особистої гігієни: догляд за собою/сім'єю у скороченні/припиненні вживання наркотиків. Групи самопомоги, неформальна допомога на основі громад. Інформація про ризики вживання ПАР, коротке консультування, взаємодія та навчання серед однолітків, центри поселення, навички та професійне навчання, послуги з реабілітації та реінтеграції
Крок 2	«Проблемні» споживачі САТ	Медичні послуги доступні у ЗОЗ первинної медичної допомоги: оцінка, коротке консультування, інформація щодо зменшення шкоди, програм обміну та видачі голочок і шприців, за необхідності звернення до спеціалізованих служб, допомога з базовою симптоматичною детоксикацією та абстиненцією. Повернення до спільноти для надання підтримки, реабілітації та реінтеграції або направлення до спеціалізованої допомоги
Крок 3	Важкі/залежні споживачі САТ	Спеціалізована допомога при залежності від ПАР: оцінка залежності, відмова від фармакологічних засобів, зменшення шкоди, програми обміну та видачі голочок і шприців, амбулаторне та/або стаціонарне лікування, можливе лікування за місцем проживання та спеціалізоване консультування, звернення до служб реабілітації та реінтеграції, а також звернення до громади за підтримкою
Дії, які необхідно вживати на кожному кроці	Всі споживачі	Кейс-менеджмент та консультування важливі на кожному етапі, хоча точна техніка та інтенсивність залежатимуть від профілю користувача Важливим є також надання користувачам можливостей пройти професійне навчання

	Тип споживача, придатного для втручання	Втручання
		та допомогу у працевлаштуванні, а також поліпшити сімейні стосунки, вирішити правові проблеми та допомогти у розвитку нової рекреаційної діяльності та соціальних мереж у громаді

3. Лікування амфетамінового психозу.

Симптоми зазвичай усуваються за допомогою лікарських засобів, як і при шизофренії, включаючи нейролептики та бензодіазепіни.

Метамфетамін

1. Гостра інтоксикація.

У випадку порушення свідомості пацієнтові надають симптоматичну невідкладну допомогу, забезпечують прохідність дихальних шляхів і відповідну вентиляцію. У разі зупинки серця реанімацію слід продовжувати щонайменше 1 годину та припиняти лише після комісійного обговорення.

Після отруєння та у разі зупинки серця рекомендується тривале лікування у відділенні реанімації – це дає високі шанси на одужання та мінімізує ризик неврологічних ускладнень. Слід розглянути промивання шлунку та прийом активованого вугілля всередину, якщо метамфетамін був прийнятий перорально протягом 1 години за умови, що дихальні шляхи можна захистити. Пацієнти без об'єктивних симптомів повинні перебувати під наглядом принаймні 4 години або 8 годин, якщо вони приймали препарати пролонгованого вивільнення. При збудженні слід застосовувати діазепам.

2. Залежність.

Успіх лікування вживання/залежності від метамфетаміну зазвичай зменшує інші види ризикованої поведінки. Зниження споживання метамфетаміну обумовлює зменшення симптомів депресії та ризикованої сексуальної поведінки, покращення інших проблем без потреби в більш інтенсивних цілеспрямованих втручаннях.

Цитиколін та бупропіон досліджувались щодо застосування для лікування вживання метамфетаміну, але отримані дані свідчать про неоднозначність результатів.

Стійкий метамфетаміновий психоз зберігається при застосуванні стандартних антипсихотичних препаратів, багато пацієнтів залишаються клінічно психотичними після багатьох місяців лікування.

Мефедрон

1. Гостра інтоксикація.

Лікування складається з симптоматичної підтримувальної терапії,

враховуючи схожість з кокаїном та амфетаміном: лікування збудження, судом, метаболічного ацидозу, гіпертонії, гіпотонії, рабдоміолізу, серотонінового синдрому. Спостереження за пацієнтами без об'єктивних симптомів протягом щонайменше 4 годин або 8 годин для пацієнтів, які приймали препарати з пролонгованим вивільненням. Збудження у дорослих зменшують за допомогою діазепама, пропофолу, галоперидола та інших антипсихотичних засобів (антипсихотичні засоби застосовувати з обережністю, оскільки вони викликають посилення судомної активності), а також кветіапіну та лоразепаму.

2. Залежність.

Не існує фармакологічних режимів для подолання симптомів абстиненції, хоча особи з психологічною залежністю можуть потребувати медичної допомоги для зняття симптомів абстиненції. Може знадобитися постійна психологічна підтримка, у тому числі для попередження рецидиву. Рекомендоване підтримувальне лікування з низькими або помірними дозами бензодіазепінів при ажитації та параної. Залежно від проявів залежності розглядається застосування антидепресантів, антипсихотичних засобів.

Екстазі та ПАР подібної дії

1. Гостра інтоксикація.

Найпоширенішими необхідними втручаннями є клінічний моніторинг (насамперед серцевої діяльності) та симптоматичне лікування, включаючи інфузійну терапію, важливо усунути зневоднення та/або гіпонатріємію. Рекомендоване спостереження за пацієнтами без об'єктивних симптомів протягом щонайменше чотирьох годин.

Промивання шлунку за допомогою активованого вугілля може бути доцільна у випадках звернення протягом 1 години після прийому. Промивання шлунку матиме позитивний результат при прийомі великої кількості таблеток.

Пацієнтам з температурою тіла вище 39°C надається інтенсивне охолодження (крижані ванни або внутрішнє охолодження), бензодіазепінова седація.

Бензодіазепіни є фармакологічним лікуванням першої лінії. Галоперидол протипоказаний як вибір другої лінії через можливу небезпечну взаємодію з МДМА та пов'язаними з ним препаратами.

2. Залежність.

Лікування шкідливого вживання екстазі має насамперед психосоціальний характер.

Найкращий підхід до зниження ризику шкоди полягає у спонуканні споживачів мінімізувати вживання, наскільки це можливо, зокрема завдяки їх досвіду щодо неприємних побічних ефектів під час та після вживання, порушення інших сфер життя.

Особливої уваги потребує екстазі за можливого одночасного вживання з антидепресантами, оскільки селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) нейтралізують очікувані ефекти екстазі, що за рахунок збільшення дози збільшить ризик токсичності МДМА, включаючи

серотоніновий синдром. Інгібітори моноаміноксидази (ІМАО) суворо протипоказані тим, хто навряд чи зможе утриматися від екстазі, тому що комбінація має високий ризик спричинити серотоніновий синдром.

Галюциногенні ПАР

1. Гостра інтоксикація.

Лікування гострої токсичності внаслідок вживання галюциногенів залежать від вживаної галюциногенної речовини. Моніторинг та підтримувальне лікування – це все, що потрібно для більшості пацієнтів, у тому числі лікування дихальних розладів. Спостереження за пацієнтами рекомендоване щонайменше чотири години після лікування, потім можлива виписка з порадою повернутися, якщо з'являться симптоми.

У разі зупинки серця, серцево-легеневу реанімацію слід продовжувати щонайменше 1 годину та припинити лише після та припиняти лише після комісійного обговорення. Після отруєння та у разі зупинки серця рекомендується тривале лікування у відділенні реанімації – це дає високі шанси на одужання та мінімізує ризик неврологічних ускладнень.

2. Залежність.

Не існує встановленого специфічного методу лікування галюциногенного персистуючого розладу сприйняття (ГПРС), а результати досліджень дуже обмежені. Повідомляється, що стан хворого на ГПРС покращився завдяки використанню сонцезахисних окулярів, психотерапії і модифікації поведінки.

Повідомлялося про обнадійливі результати лікування внаслідок низки фармакологічних втручань, але багатофакторний характер розладу та значущість супутніх захворювань свідчать про необхідність високоіндивідуалізованого лікування із скороченням стресу, утримання від вживання психоактивних речовин (включаючи алкоголь та, можливо, кофеїн) та лікування супутніх розладів.

Фармакологічні втручання для ГПРС включали кілька класів антидепресантів, анксиолітиків і антипсихотиків, СОМТ-інгібіторів, клонідин, ламотриджин і циталопрам. Були повідомлення про лікування галоперидолом, трифлуоперазином, барбітуратами, бензодіазепінами, карбамазепіном, сертраліном, клонідином, і комбінацією оланзапіну та флуоксетину.

Синтетичні канабіноїди

1. Гостра інтоксикація.

Симптоми інтоксикації синтетичними канабіноїдами (СК) можуть бути самообмежувальними і проходити спонтанно. Відновлення гідратації та моніторинг (спостереження до 3 годин) можуть бути достатніми для пацієнтів з легкою та помірною інтоксикацією.

У випадках гострої інтоксикації СК було запропоновано провести ЕКГ, оскільки споживання надвисоких доз може викликати блювання, спричиняючи гіпокаліємію.

Бензодіазепіни можуть бути корисними для пацієнтів, які мають симптоми

тривоги, паніки та збудження. Антипсихотичні препарати можуть бути показані пацієнтам з ажитацією або проявами агресії, психотичними симптомами, психотичними розладами в анамнезі.

Лікування інтоксикації СК є симптоматичним та підтримувальним, залежить від конкретної клінічної картини, оскільки антидотів не існує. Слід розглянути потребу щодо введення внутрішньовенних рідин, бензодіазепінів, додаткового кисню, протиблювотних засобів.

2. Залежність

Психологічні порушення, пов'язані зі зловживанням СК, можна лікувати бензодіазепінами та антипсихотичними засобами. Для таких пацієнтів використання антипсихотичних засобів другого покоління (SGA) може бути раціональним підходом. Антидепресанти вводяться у випадку супутньої депресії.

Близько у третини пацієнтів психотичні симптоми зберігаються тривалий час та потребують лікування після виписування (галоперидол, рисперидон).

Додаток 14
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання психоактивних
речовин та стимуляторів за
виключенням опіоїдів»
(підпункт 3 пункту 3 розділу III)

Розпізнавання та лікування серотонінового синдрому (токсичності серотоніну), пов'язаного із вживанням ПАР

Серотоніновий синдром – потенційно небезпечна для життя побічна реакція на вживання певних препаратів (заборонених або призначених) або взаємодії між ними. Пов'язаний із застосуванням лікарських засобів та серотонінергічних ПАР (включаючи, але не обмежуючись цим переліком: МДМА, МДПВ, ПМА, мефедрон, метамфетамін, кокаїн), може виникнути за комбінованого прийому ІМАО та СІЗЗС, трициклічних антидепресантів, трамадолу, безрецептурних лікарських засобів від кашлю, антибіотиків, речовин для зниження ваги тіла, протиблювотних засобів, антимігренових агентів, трав'яних продуктів.

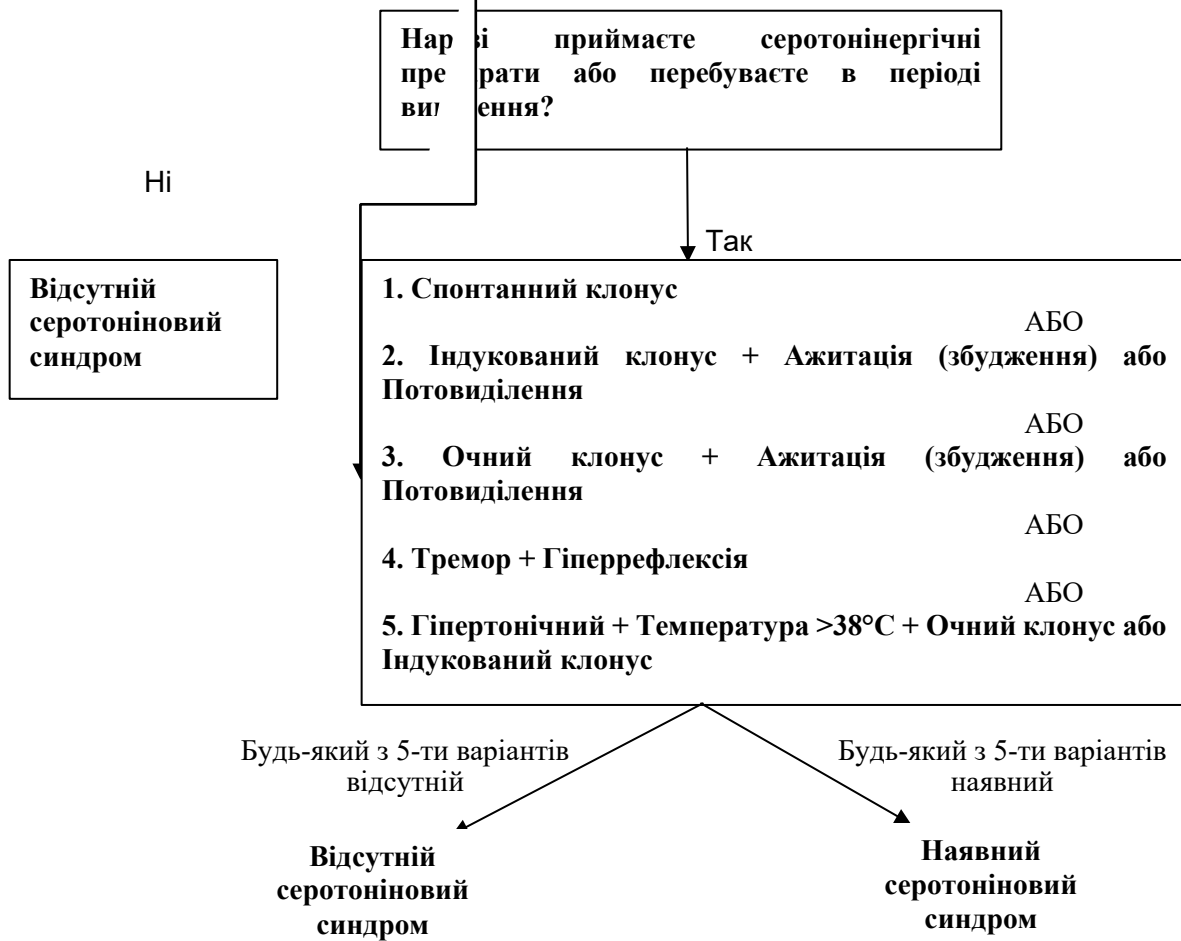
Критерії токсичності серотоніну Хантера*

(правила прийняття рішень за присутності серотонінергічного агента)

- 1) ЯКЩО (спонтанний клонус = так) – ТОДІ токсичність серотоніну = ТАК
- 2) Ще ЯКЩО (індукований клонус = так) – І [(збудження = так) АБО (потовиділення = так)] – ТОДІ токсичність серотоніну = ТАК
- 3) Ще ЯКЩО (очний клонус = так) – І [(збудження = так) АБО (потовиділення = так)] – ТОДІ токсичність серотоніну = ТАК
- 4) Ще ЯКЩО (тремор = так) – ТА (гіперрефлексія = так) – ТОДІ токсичність серотоніну = ТАК
- 5) Ще ЯКЩО (гіпертонічний = так) – І (температура $>38^{\circ}\text{C}$) – І [(очний клонус = так) АБО (індукований клонус = так)] – ТОДІ токсичність серотоніну = ТАК

* Схематичне зображення критеріїв токсичності серотоніну Хантера представлено нижче:

Критерії токсичності серотоніну Хантера (схематичне зображення)
(правила прийняття рішень за присутності серотонінергічного агента)



Три класичні ознаки серотонінового синдрому:

(у окремих пацієнтів виявляються ознаки та симптоми всіх трьох ознак)

- 1) Зміни психічного стану
- 2) Вегетативна гіперактивність
- 3) Нервово-м'язові аномалії

Ступінь тяжкості серотонінового синдрому:

Ступінь	Ознаки	Дії
Слабкий/ легкий	Можливі афективність, тахікардія, тремтіння, потовиділення, мідріаз	Відміна вживання ПАР та надання підтримувальної терапії, завершується упродовж 24 годин
Помірний	Тахікардія, гіпертонія, гіпертермія (40°C – поширене явище), мідріаз, гіперактивні кишкові розлади,	Госпіталізація Контроль температури тіла – знизити температуру, якщо

	потовиділення, гіперрефлексія та клонус (значно більший у нижніх кінцівках, ніж у верхніх); можливий горизонтальний очний клонус; легке збудження або підвищена пильність, прискорене мовлення; повторювані повороти голови, при цьому шия злегка розслаблена	вона перевищує 39°C; седація та інтубація Контроль збудження, вегетативної нестабільності Бензодіазепіни Антагоністи 5-НТ2А для більш важких випадків, зокрема для лікування після передозування (однак, є ризик виникнення судом)
Сильний	Важка гіпертонія та тахікардія, які можуть різко погіршитися до шоку. Можливі збуджені марення, ригідність м'язів та гіпертонус, підвищення м'язового тону (значно менший в нижніх кінцівках, ніж у верхніх). М'язова гіперактивність може викликати гіпертермію (більше 41,1°C) у деяких випадках. Метаболічний ацидоз, рабдоміоліз, підвищений рівень сироваткової амінотрансферази та креатиніну, судоми, ниркова недостатність, дисемінована внутрішньосудинна коагулопатія	

Лікування

Більшість випадків серотонінового синдрому є легкими і їх можна лікувати шляхом відміни агента та симптоматичною терапією.

Помірний або важкий серотоніновий синдром потребують госпіталізації.

Більшість випадків серотонінового синдрому завершуються протягом 24 годин, однак клінічні симптоми можуть зберігатися довше у випадках, коли застосовуються серотонінергічні препарати з тривалою дією, активними метаболітами або тривалим періодом напіввиведення.

Бензодіазепіни – стандартне лікування збудження та тремору.

Антагоністи 5-НТ2А (ципрогептадин по 12 мг, з наступними дозами по 2 мг через кожні 2 години до досягнення клінічного покращення або максимальної добової дози 32 мг. Після введення препарату може спостерігатися транзиторна гіпотензія) можна застосовувати у більш важких випадках.

Смерть пацієнтів із серотоніновим синдромом зазвичай настає через гіперпірексію (індукована поліорганна недостатність), тому важливо швидко знизити температуру пацієнта, якщо вона перевищує 39°C (антипіретики, такі як парацетамол і нестероїдні протизапальні засоби, є неефективними). Пацієнтам у

важкому стані може знадобитися нервово-м'язовий параліч, седація та інтубація.

Седація – із використанням діазепаму 5-10 мг в/в або лоразепаму 2-4 мг в/в кожні 10 хв, до заспокоєння пацієнта. У разі сильного психомоторного збудження не застосовуйте фізичних засобів безпосереднього примусу, оскільки вони сприяють ізометричним скороченням м'язів, що підвищує лактацидоз – це сприяє розвитку гіпертермії.

Боротьба з гіпертензією і тахікардією:

застосовуйте препарати з коротким періодом напіввиведення;

не застосовуйте допамін, хлорпромазин, пропранолол, бромокриптин, дантролен або препарати з антихолінергічною активністю (галоперидол, дроперидол), які пригнічують потовиділення і стимулюють підвищення температури тіла.

Додаток 15
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання психоактивних
речовин та стимуляторів за
виключенням опіоїдів»
(підпункт 5 пункту 3 розділу III)

План лікування

П.І.Б. пацієнта:

П.І.Б. лікаря:

Дата	Опис проблеми		
Цілі лікування/втручання			
Критерій умов виконання	Завдання		
Втручання	Код послуги	Дата виконання	Результат
<i>Наприклад: надання послуги.....; переадресація до ...</i>			
Участь у процесі планування лікування			
Участь інших осіб у процесі планування лікування			

Підпис пацієнта/Дата

Підпис спеціаліста/Дата

Коди послуг

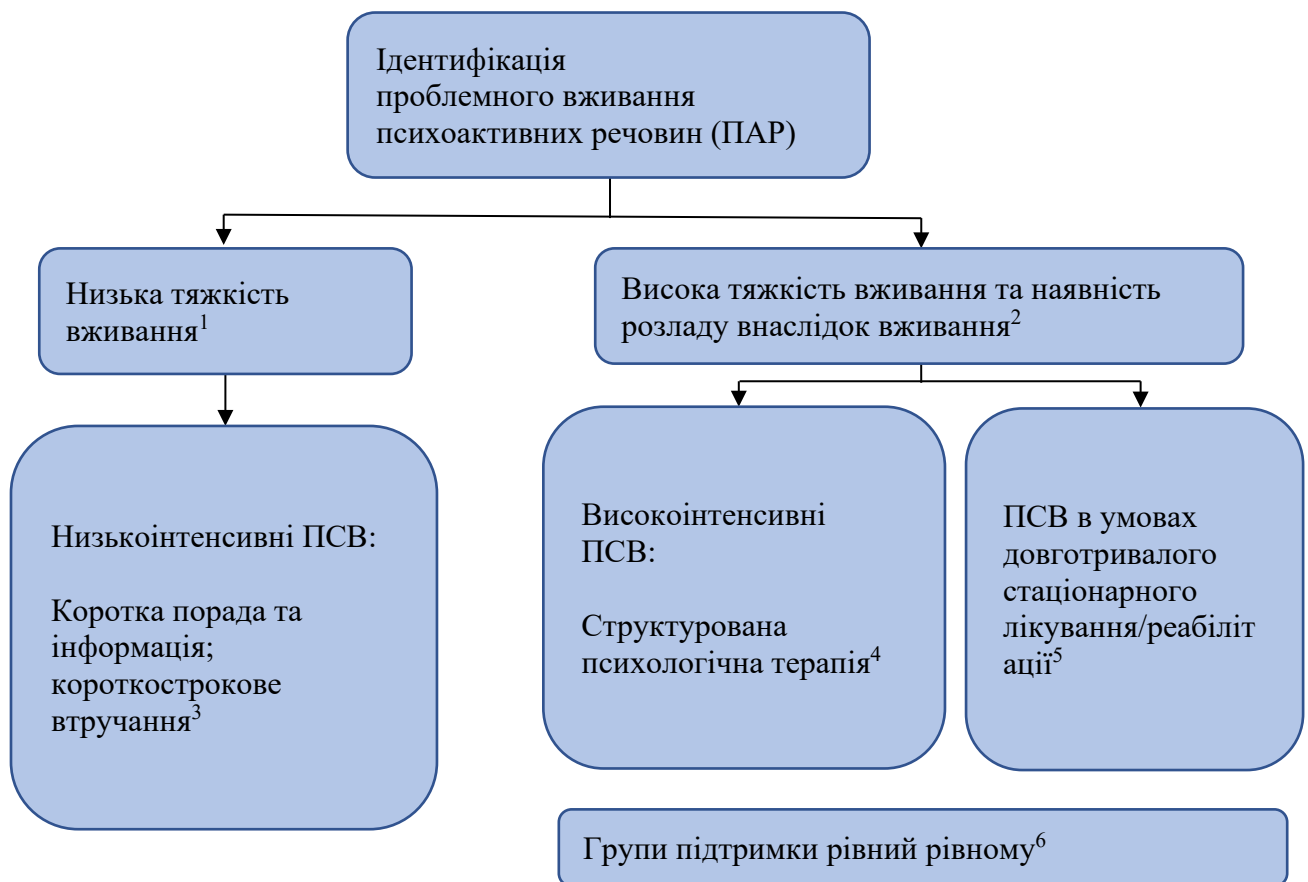
I = індивідуальні Г = групові С = сімейні П = подружні ПО = психосвітні
Ч = читання ТВ = ЗМІ В = відео А = аудіо Н = направлення Д = домашня
робота

Додаток 16
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання психоактивних
речовин та стимуляторів за
виключенням опіоїдів»
(підпункт 8 пункту 3 розділу III)

**Правила поступового догляду застосування психосоціальних втручань
щодо вживання ПАР**

1. Найменш інтенсивне втручання, потрібне для досягнення необхідного результату, здійснюється першим.

- 1) Якщо втручання не досягає бажаного результату, розглядається доцільність застосування більш інтенсивного втручання.
- 2) Там, де більше не потрібен високий рівень інтенсивності лікування, здійснюється «перехід» до менш інтенсивного варіанту.
- 3) Пацієнтам надається доступ до всіх рівнів ПСВ в рамках системи лікування.
- 4) Пацієнтам надається прямий доступ до втручання оптимальної інтенсивності.



1. Вживання без доказів шкоди чи необхідності лікування/проблемне вживання ПАР.

2. Наявність розладу внаслідок вживання ПАР, довша тривалість проблеми, ін'єкційне вживання, невдалі самостійні спроби змінитися, вживання декількох ПАР, численні супутні проблеми, менші індивідуальні сильні сторони та менший доступ до ресурсів. Зверніть увагу, що вибір більш інтенсивного ПСВ має бути більш безпосередньо пов'язаний із серйозністю проблеми вживання ПАР, ніж із тяжкістю проблем зі здоров'ям та іншими наслідками вживання. Також, можливо, що люди можуть мати високу тяжкість вживання ПАР, але на даний момент вони готові або можуть лише отримати доступ до менш інтенсивних втручань (наприклад, втручання із обміну шприців при вживанні ін'єкційних наркотичних речовин).

3. ПСВ меншої інтенсивності можна розділити на два основних види втручань:

надання коротких порад та інформації;

надання короткострокових втручань.

Надання порад та інформації вважається мінімальним підходом до задоволення основних медичних потреб споживачів ПАР на рівні неспеціалізованих ЗОЗ. Надання порад та інформації включає виявлення вживання ПАР, надання персоналізованого зворотного зв'язку, надання інформації про те, як можна внести зміни, якщо пацієнт вирішить скористатися порадою. Інформація може бути надана у вигляді короткої інформаційної брошури або посилання на надійні інтернет-ресурси.

Короткострокові втручання засновані на принципах МІ та пропонують структуровані поради щодо зміни поведінки в атмосфері прийняття, емпатії та співпраці. Здійснення короткострокових втручань вимагає більше компетенцій, ніж надання порад та інформації. Більше про короткострокові втручання наведено у додатку 7 цього Стандарту.

4. Структурована психологічна терапія є структурованим втручанням на основі доказових підходів з відповідною тривалістю: КПТ, заохочувальна терапія, МІ/ТПМ, СТ, підхід зміцнення спільноти. Структурована психологічна терапія базується на оцінці потреб і сильних сторін, а також на плані лікування, який регулярно переглядається. Як мінімум, структурована психологічна терапія включає постановку цілей і планування, зворотний зв'язок і моніторинг, а також розвиток соціальної підтримки. Може надаватися як індивідуальна психологічна терапія, так і групове втручання. Вимагає більш просунутих компетенції за стандартом відповідного підходу та супервізії.

5. Надання ПСВ в контрольованому середовищі (в умовах довготривалого стаціонарного лікування/реабілітації), як правило, передбачає одне або кілька структурованих психологічних втручань високої інтенсивності, заснованих на доказах. Вважається більш інтенсивною формою лікування, яка часто потребує кількох годин терапії на день протягом мінімум 12 тижнів. Такий підхід рекомендується для споживачів ПАР, які мають значні фізичні, психологічні та/або соціальні проблеми, пов'язані із розладом внаслідок

вживання ПАР (або вживанням високого ступеня тяжкості), які прагнуть до тривалої абстиненції та які не змогли досягти цього за допомогою попереднього лікування в громаді (або які навряд чи зможуть це зробити) та мають доступ до стаціонарного лікування/реабілітації. Після успішного завершення стаціонарного лікування/реабілітації слід запропонувати підтримку з профілактики рецидивів, щоб допомогти користувачам послуг зберегти зміни.

6. Надавачі допомоги мають регулярно забезпечувати інформацією користувачів послуг з розладами внаслідок вживання ПАР та вживанням високого ступеня тяжкості про доступні програми підтримки рівний рівному (наприклад, Анонімні Наркомани, також відомі як 12-крокові програми, групи SMART). Якщо користувачі послуг виявляють інтерес до груп підтримки рівний рівному, рекомендується запропонувати додаткову допомогу, щоб користувач отримав спрощений доступ до відповідних програм.

Визначення окремих методів структурованої психологічної терапії, які використовуються в лікуванні психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання ПАР та стимуляторів

Заохочувальна терапія (ЗТ; англ. Contingency Management Therapy) – структурований метод винагородження певних бажаних моделей поведінки, наприклад, відвідування лікування та уникання шкідливого вживання ПАР. Із часом винагороди за бажану поведінку зменшуються, оскільки формуються природні винагороди. Ефективність ЗТ вимагає узгодженого позитивного результату з об'єктивним вимірюванням (зазвичай із застосуванням методів швидкого виявлення вживаних ПАР за допомогою лабораторних аналізів (сечі, крові)) і негайного зворотного зв'язку.

КПТ – психологічний метод лікування, в якому поєднуються когнітивні компоненти (спрямовані на зміни у мисленні, наприклад, шляхом виявлення та опрацювання нереалістичних негативних думок) та поведінкові компоненти (спрямовані на зміни поведінки, наприклад, допомагаючи людині більше займатися діяльністю, яка приносить задоволення). КПТ залежності базується на розумінні того, що моделі поведінки та когнітивні процеси, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, є вивченими та можуть бути змінені.

МІ та ТПМ. МІ – це психосоціальне втручання для підвищення мотивації змінити поведінку. Цей метод передбачає залучення людини до розмови про вживання нею ПАР, зокрема про те, що на її думку є перевагами, а що шкодить, спираючись на власні цінності людини, уникаючи суперечок із нею у разі, якщо є опір, а також заохочуючи людину самостійно вирішувати, якою може бути її мета. МІ також є перспективним підходом до зменшення ризикованої поведінки, наприклад, незахищеного сексу та спільного використання голочок. При легких формах вживання наркотичних речовин достатньо одного або двох сеансів МІ. Для лікування більш серйозних розладів, пов'язаних із вживанням ПАР, втручання може бути розширено до шести або більше сеансів (де підхід називається ТПМ).

Підхід зміцнення спільноти – це поведінковий підхід до зменшення споживання наркотичних речовин, за якого люди з розладами, пов'язаними з вживанням ПАР, прагнуть змінити спосіб взаємодії зі своєю спільнотою, щоб отримати більше позитивного підкріплення від таких взаємодій. Практики підходу зміцнення спільноти заохочують клієнтів поступово нарощувати ряд приємних видів діяльності, не пов'язаних з речовинами, таких як позитивні сімейні взаємодії, здорова соціальна діяльність або працевлаштування. Стратегії підходу зміцнення спільноти включають: розвиток навичок (таких як комунікативні, соціальні, робочі навички, навички вирішення проблем, відмова від наркотичних речовин і запобігання рецидивам) для людей з розладами, пов'язаними зі вживанням ПАР; заохочення клієнтів звертати увагу на кожен аспект свого життя, який важливий для їхнього щастя, і робота з членами родини та іншими членами спільноти клієнта, щоб заохотити взаємодію бути більш позитивною.

СТ – метод консультування, який складається з кількох (зазвичай більше шести) запланованих сесій протягом декількох місяців. Він має надаватися окремим родинам або групам родин, а також має включати людину з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання ПАР, якщо це можливо. Метод має функції підтримки/освіти або лікування. Він часто включає у себе техніки вирішення проблем або управління кризою, що відбуваються у форматі перемовин із консультантом.
