

**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный
специалист психиатр-нарколог
Департамента здравоохранения
города Москвы

А.В. Масыкин

«21» февраля 2025 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы № 3



2025 г.

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХОТИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ
СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ**

Методические рекомендации № 20

Москва 2025

УДК 616-053.4, 159.913, 37.04-053,
371.7, 613.8, 613.84, 613.86,
614.8.015, 615.099
ББК 51.12
П 143

Организация-разработчик: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы».

Составители: г. н. с., д. м. н., профессор Винникова М. А., н. с. Аблова В. В., м. н. с. Булатова Р. А.

Рецензенты: **Ненастьева А. Ю.** – к. м. н., ведущий научный сотрудник ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»;

Тювина Н. А. – д. м. н., профессор, профессор кафедры психиатрии и наркологии Института клинической медицины им. Н. В. Склифосовского, ФGAOY BO «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет).

Диагностика и лечение психотических расстройств, связанных с употреблением синтетических катинонов. Методические рекомендации / составители: М. А. Винникова, В. В. Аблова, Р. А. Булатова // М.: ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», 2025. - 24 с.

Методические рекомендации «Диагностика и лечение психотических расстройств, связанных с употреблением синтетических катинонов» подготовлены с учетом растущей распространенности употребления новых современных психоактивных веществ в Российской Федерации. Описывают особенности клинической картины психотических расстройств, вызванных употреблением синтетических катинонов, и подходы к их терапии. Методические рекомендации подготовлены в рамках НИР «Персонализированный подход к профилактике, диагностике, лечению и реабилитации пациентов с болезнями зависимости с целью совершенствования наркологической помощи».

Предназначение: Методические рекомендации предназначены для врачей – психиатров-наркологов, психиатров, реаниматологов, а также для врачей других специальностей, профессиональная деятельность которых связана с диагностикой и лечением острых психотических состояний, ассоциированных с употреблением психоактивных веществ.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

ISSN:

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2025

© ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», 2025

© Коллектив авторов, 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ.....	3
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПСИХОЗОВ, ИНДУЦИРОВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ.....	7
ТАКТИКА ТЕРАПИИ ПСИХОЗОВ, ИНДУЦИРОВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ.....	13
ТАКТИКА ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ.....	16
ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ШИЗОФРЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПСИХОЗ, ИНДУЦИРОВАННЫЙ УПОТРЕБЛЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ.....	20
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	21
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	23

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

кг	килограмм
л	литр
мг	миллиграмм
ПАВ	психоактивное вещество
СК	синтетические катионы

ВВЕДЕНИЕ

Синтетические катиноны (СК) – это новые психоактивные вещества (ПАВ). В современном мире идентифицировано более двух сотен замещенных катинонов. Активно стали распространяться в онлайн-пространстве с 2000–2002 годов, продавались легально как «соли для ванн» или полезные минеральные добавки, никак не контролировались законодательно. Они были доступны, дешевы, поэтому пользовались огромным спросом у подростков, молодежи.

Согласно статистическим данным, в последние 5 лет распространенность употребления СК растет, а среди всех новых ПАВ они занимают лидирующее положение [1]. Ранее они уступали синтетическим каннабиноидам («спайс»), но из-за негативных непредсказуемых драматических последствий употребления последних распространенность употребления ими заметно снизилась, а распространенность употребления СК продолжает расти. Доступные эпидемиологические данные по Западной и Восточной Европе показывают, что доля пациентов, проходящих лечение в связи с употреблением СК, постоянно растет: в 2016 г. эта доля составляла 1,7%, в 2021 г. – 3% от пациентов, проходящих лечение в связи с употреблением психостимуляторов. Наибольшее количество таких пациентов наблюдается во Франции, Польше, Испании, Великобритании. По данным Weinstein A. M. et al., в Великобритании 20% молодежи в возрасте 14–24 года употребляли СК хотя бы 1 раз в течение жизни [2].

В России наблюдается перераспределение структуры общей заболеваемости синдромом зависимости от ПАВ. В настоящее время по сравнению с 2021 г. доля заболеваемости наркоманиями уменьшилась с 53,8% до 50,9% [3]. При этом возросла заболеваемость наркоманией вследствие употребления психостимуляторов с 8,7% до 9,5% и наркоманией, вызванной сочетанным употреблением ПАВ, с 25,8% до 28% [3].

СК чаще всего употребляют интраназально, перорально либо путем курения. Меньше распространены парентеральные варианты употребления –

внутривенный или внутримышечный. Привлекательным для потребителей СК является стимулирующий эффект. В связи с тем, что невозможно рассчитать дозу наркотика, очень часто употребление СК сопровождается развитием психоза. Чаще всего психоз является следствием передозировки СК, если он развивается в структуре интоксикации. Однако психозы, индуцированные приемом СК, могут развиваться и в синдроме отмены, и спустя время после его купирования. Развитие таких психозов сложно объяснить следствием интоксикации. По всей видимости, механизмы развития психотической симптоматики при употреблении новых ПАВ (в частности, СК) намного сложнее. Также, как и при некоторых других новых ПАВ (например, синтетических каннабиноидах), психозы имеют полиморфную симптоматику, которая выходит за рамки экзогенно-органических интоксикационных психозов, описанных Vonhoefffer К. еще в 1917 г. [4].

В структуре таких психозов присутствует разнообразная психопатологическая симптоматика, свойственная эндогенным психическим заболеваниям, – кататония, психические автоматизмы, образный бред, бывают и псевдогаллюцинации [5].

Таким образом, вызывают научный интерес вопросы, связанные с особенностями клинических проявлений и, соответственно, диагностикой психозов, индуцированных ПАВ.

Еще один вопрос, который широко обсуждается в научном сообществе, – это вопрос о том, может ли спровоцировать развитие шизофрении употребление ПАВ, и в таком случае не являются ли ПАВ-индуцированные психозы проявлением шизофрении?

В работах Abou-Saleh М. Т., Janca А. (2004) делаются выводы о том, что у лиц, употребляющих ПАВ, шизофрения развивается в более раннем возрасте и значительно чаще, чем в общей популяции [6]. Alderson Н. L., проведя лонгитудинальные когортные популяционные исследования, показал, что риск перехода ПАВ-индуцированного психоза в шизофрению составляет 25–45% [7]. Риск перехода алкогольного психоза в шизофрению составляет лишь 5% [7], это

свидетельствует о более глубоких патогенетических взаимосвязях между влиянием СК на головной мозг и развитием шизофрении.

Не менее существенным является вопрос коморбидного течения психического и наркологического заболевания. Сиволап Ю. П. с соавт. (2017) приводит аргументированные данные о том, что, как правило, психическое заболевание утяжеляет клиническую картину наркологического и видоизменяет ее [8]. Дифференциальная диагностика усложняется, программу терапии сформировать сложно, повторное развитие психозов влияет на адаптационные способности пациентов и в значительной степени десоциализирует их. В связи с этим необходимо пристальное и глубокое изучение выделенной когорты пациентов.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПСИХОЗОВ, ИНДУЦИРОВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ

Клиническая картина интоксикации СК характеризуется типичными для всех стимуляторов проявлениями, включающими гипоманию и активизацию симпатико-адреналовой системы [9–13] (табл. 1).

Таблица 1. Клинические признаки острой интоксикации синтетическими катинонами

Признак, симптом	Описание
Гипомания	<ul style="list-style-type: none">– повышенная двигательная активность, может достигать до выраженного психомоторного возбуждения– повышенная говорливость– гипертрофированная мимика– ускорение ассоциативных процессов– ускорение мышления иногда до уровня скачка идей– повышение либидо (этот эффект проявляется ярче у мужчин в сравнении с женщинами)– чрезмерный уровень бодрствования, бессонница– ощущение грандиозности происходящего– переход к дисфории: воинственность, агрессивность

Эйфория	<ul style="list-style-type: none"> – необычный душевный подъем – благодущие – ощущение всемогущества – легкость в движениях
Активизация вегетативной симпатической нервной системы	<ul style="list-style-type: none"> – мидриаз – повышение артериального давления – тахикардия, аритмия – бледность или гиперемия кожных покровов – повышение температуры тела до субфебрильных значений – потливость – сухость во рту – повышение сухожильных рефлексов – активные движения губами – «скрежет» зубами <p>(среди посетителей «рейв-вечеринок» распространено использование детских сосок или леденцов, чтобы снизить воздействие на зубы и снять напряжение мышц губ [13])</p>

Эффект от однократного употребления СК обычно длится не более 4 часов [10]. При формировании систематического употребления типичный паттерн характеризуется выраженным вторичным влечением, что приводит к повторным употреблением, как только ощущаемый эффект начинает спадать. Вследствие этого употребление происходит «до истощения», что часто приводит к развитию нежелательных эффектов [14]. Одним из таких нежелательных эффектов является развитие психоза.

Проведенные нами научные исследования выявили ряд факторов, которые увеличивают вероятность развития психоза у лиц, употребляющих СК [15, 16, 17]. На развитие психоза влияют длительность употребления СК, их вид, а также возраст. При длительном постоянном употреблении СК психозы развиваются чаще в 1,4 раза по сравнению с разовыми эпизодическими приемами. Пациенты старше 30 лет страдают развитием психозов чаще, чем подростки и молодежь младше 30 лет. При употреблении альфа-пвп и смесей с его содержанием

психозы развиваются чаще в 2,1 раза по сравнению с мефедроном или другими стимуляторами.

Общими характерными признаками СК-индуцированного психоза являются: психомоторное возбуждение, аффект тревоги, агрессия/аутоагрессия. Клинически СК-индуцированные психозы чаще всего проявляются в виде делирия, острого параноида или смешанной симптоматики [15, 16, 17].

Первая форма психоза – делирий

Эта форма является самой распространенной, встречается более чем в половине случаев (58,2% по данным собственных исследований) [15–17]. Особенностью является то, что делирий развивается исключительно в интоксикации: либо сразу после употребления, либо через 3–4 ч. Развитие психоза быстрое, но поступательное: через продром, манифестацию, собственно психоз и выход. Длительность делирия составляет 3–4 дня, выход критический, остаточные явления могут сохраняться до 10 дней (табл. 2). От алкогольного делирия отличается быстрым лавинообразным течением, коротким продромальным периодом, отсутствием «светлых промежутков» в динамике психоза, отсутствием интенционного тремора. Чаще всего периоды возбуждения и оглушения не связаны с временем суток, аффект быстро меняется на противоположный.

Таблица 2. Клинические особенности СК-индуцированного делирия

Признак, симптом	Описание
Сознание	Помрачено: ориентировка в месте и времени нарушена, ориентировка в собственной личности сохранна
Психопатология	– Эйфория уступает место тревоге и дисфории: пациенты предъявляют множественные жалобы на дискомфорт в различных частях тела, испытывают страх смерти или инвалидизации – Гипомания переходит в выраженное психомоторное возбуждение: пациенты демонстрируют беспокойство и хаотичную двигательную активность, могут вокруг себя крушить и ломать вещи

	<ul style="list-style-type: none"> – Появляются парэпидолии, которые быстро сменяются истинными зрительными (чаще) и/или слуховыми (реже) галлюцинациями – Бред формируется на почве галлюцинаторных переживаний – чувственный, вторичный
Вегетативные расстройства	<ul style="list-style-type: none"> – Повышение частоты дыхания – Повышение частоты сердечных сокращений – Повышение артериального давления – Гипертонус мышц – Потливость – Сухость слизистых
Мышление	Последовательное (разорванности нет)
Выход	Критический (после глубокого сна 12–14 часов)
Длительность	3–4 дня
Критика к пережитому психозу	Присутствует
Воспоминания психоза	Сохраняются фрагментарные воспоминания психотических переживаний

Период постпсихотических расстройств длится 7–10 дней и характеризуется обилием неспецифических астенических, невротоподобных, аффективных и когнитивных нарушений. Важно отметить, что пациенты понимают причину психоза, сами говорят о том, что не смогли рассчитать «свою» дозу СК и передозировались.

Вторая форма психоза – острый параноид

Острый параноид наблюдается значительно реже по сравнению с делирием (17,3% по данным собственных исследований) [15–17], может развиваться в интоксикации и при синдроме отмены. Основное клиническое проявление – это persecutory бред или бред ревности (табл. 3). Также имеет поступательное развитие: продром, собственно психоз, выход. Острый параноид чаще развивается в конце марафона на фоне истощения. Длительность психоза – до 7 дней. Выход чаще литический.

Таблица 3. Клинические особенности СК-индуцированного острого параноида

Признак, симптом	Описание
------------------	----------

Сознание	Не помрачено: ориентировка в месте, времени собственной личности сохранна
Психопатология	<ul style="list-style-type: none"> – Нарастает астения, появляется подозрительность, тревога – Манифестация бреда через «озарение»: пациент обнаруживает признаки преследования, ограбления, угрозы жизни или измены – Бред первичный, острый, плохо систематизированный – Иллюзии и галлюцинации простейшие, простые, скудные
Вегетативные расстройства	Слабо выражены, неспецифичны
Мышление	Паралогичное
Выход	<ul style="list-style-type: none"> – Критический, если психоз купируется через 1–2 дня – Литический, если психоз длится от 5 дней и более (длительный, до 10–16 часов в день, сон в течение нескольких дней)
Длительность	1–2 дня, от 5 и более дней
Критика к пережитому психозу	Присутствует
Воспоминания психоза	Сохраняются воспоминания психотических переживаний, а также реальных событий

Фабула бреда чаще имеет типичное содержание, связанное с преследованием и гонением из-за употребления наркотиков. Например, пациент «знает», что полиция разместила в его квартире технические средства слежения. Сами преследователи «скрываются» от пациента за стеной, дверью, домом и т. д. Бредовые переживания влияют на поведение пациентов. Чувствуя себя преследуемыми, они могут демонстрировать защитные реакции, активно искать и уничтожать мнимые следы наблюдения. Могут из «преследуемых» стать «преследователями», когда терроризируют близких и заставляют признаться в заговоре против них. При этом могут вести себя агрессивно. Из-за постоянного страха встречи с воображаемыми «преследователями» такие пациенты нередко наносят себе телесные повреждения с целью госпитализации, воспринимая её как способ укрыться от преследования.

Интересное наблюдение: у пациентов, практиковавших употребление СК с сексуальными целями, развивается бред ревности. Его отличительная особенность – он течет остро, полностью редуцируется на фоне терапии. Важно отметить, что в других вопросах, не касающихся бредовой фабулы, пациенты могут быть вполне критичны. Критических способностей хватает настолько, чтобы сохранять правильные паттерны поведения. Лишь подробный расспрос в этом случае может помочь выявить болезненные переживания.

Этап постпсихотических расстройств не выражен.

Третья форма психоза – смешанная

Название психоза говорит само за себя – в его структуре присутствует совершенно разнообразная симптоматика, относящаяся как к экзогенным вариантам психозов, так и к эндогенным. Развивается в 24,5% случаев (по данным собственных исследований) [15–17]. Психоз может развиваться в интоксикации, при синдроме отмены, на фоне трезвости спустя 7–10 дней после последнего употребления СК. Психоз, так же как и рассмотренные выше состояния, имеет поступательное развитие: продром, манифестация, собственно психоз, выход. Клиническая картина чаще представлена острым галлюцинаторно-параноидным синдромом (табл. 4).

Таблица 4. Клинические особенности СК-индуцированного смешанного психоза

Признак, симптом	Описание
Сознание	Не помрачено: ориентировка в месте, времени собственной личности сохранна
Психопатология	<ul style="list-style-type: none"> – Нарастает подозрительность, тревога – Подавленное настроение – Бессонница – Слуховые галлюцинации – Бред с вычурной фабулой греховности, величия, преследования – Синдром Капгра – Псевдогаллюцинации, психические автоматизмы – элементы синдрома Кандинского-Клерамбо

Вегетативные расстройства	Слабо выражены, неспецифичны
Мышление	Паралогичное
Выход	Литический, с постепенным восстановлением критики
Длительность	10 дней
Критика к пережитому психозу	Восстанавливается постепенно
Воспоминания психоза	Сохраняются воспоминания психотических переживаний, а также реальных событий

Продром длится несколько дней. Манифестирует психоз остро, чаще слуховыми галлюцинациями и бредом с различной фабулой – преследования, особого значения, могущества, греховности. Истинные галлюцинации быстро переходят в псевдо: слышат голоса внутри головы людей, фантастических существ, внутренним глазом видят ауру людей. Присоединяются психические автоматизмы – открытость мыслей, чувство сделанности – вложение мыслей в голову. Длительность психоза – 10 дней и более. На фоне фармакотерапии симптоматика угасает постепенно, критика к пережитому формируется тоже постепенно, возможен резидуальный бред. То есть выход из психоза – литический. В этот период пациенты испытывают неврозоподобные и аффективные расстройства. Период постпсихотических расстройств длится несколько недель, астенические, неврозоподобные, аффективные и когнитивные нарушения имеют тенденцию сохраняться до 6 месяцев.

ТАКТИКА ТЕРАПИИ ПСИХОЗОВ, ИНДУЦИРОВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ

Для СК-индуцированных психозов, так же как и для психозов другой этиологии, можно выделить следующие мишени терапии [12, 13, 15, 16, 17]:

1) удаление из организма ПАВ и их метаболитов с целью снижения токсического влияния на организм путем усиления элиминации и снижения адсорбции;

2) компенсация гемодинамических и электролитных нарушений с целью снижения риска развития органной недостаточности;

3) обеспечение адекватной седации с целью купирования психомоторного возбуждения и психотической симптоматики – бреда, галлюцинаций и пр.

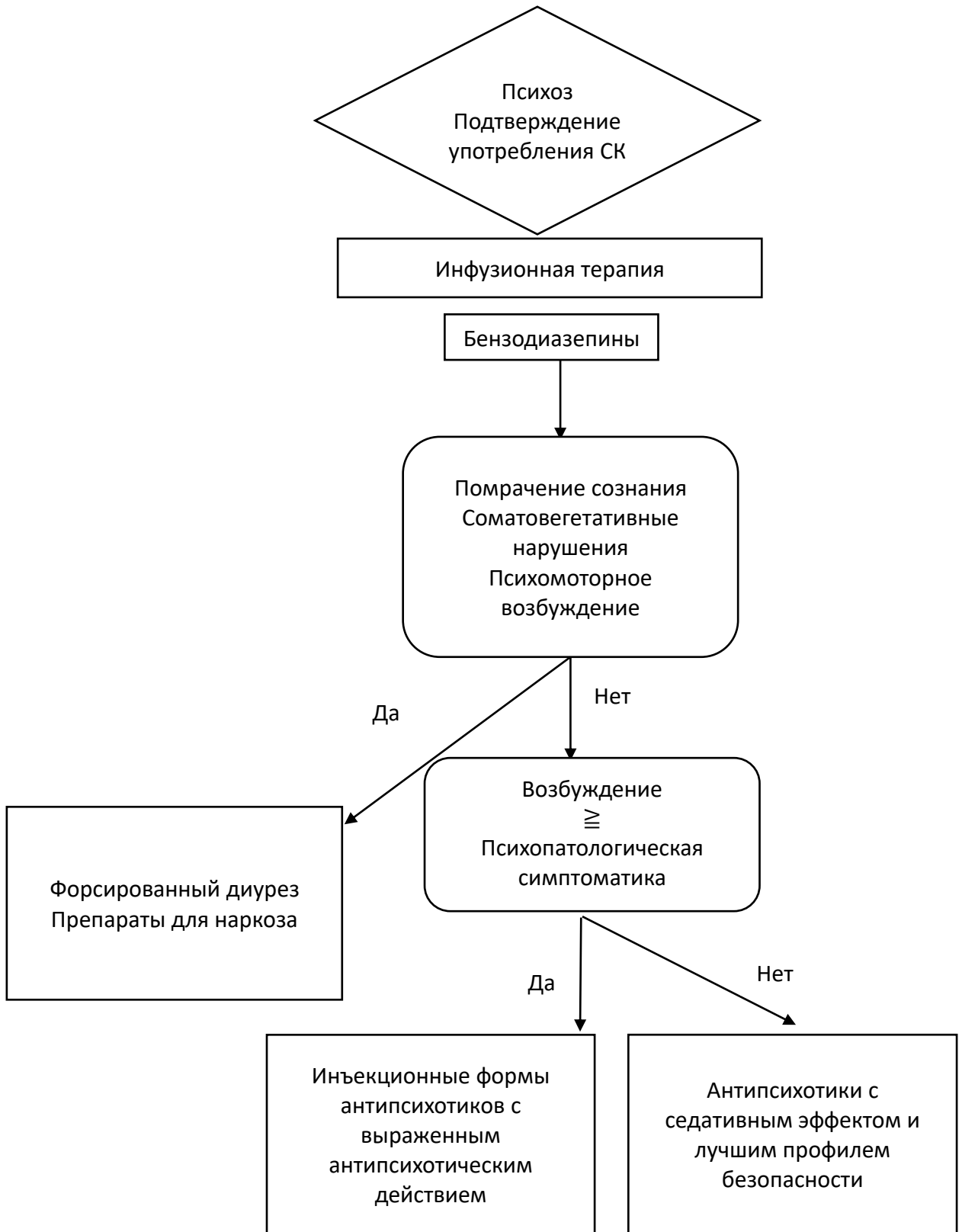
Обязательным компонентом терапевтической программы является инфузионная терапия. В подавляющем большинстве случаев объем инфузии составляет до 1,5 л. В случаях выраженного психомоторного возбуждения, сопровождающегося галлюцинаторно-бредовыми расстройствами, проводится искусственная стимуляция выделения мочи (форсированный диурез) [12, 13]. Водную нагрузку повышают до 3–4 л, для профилактики отека мозга вводят фуросемид струйно (40–80 мг).

Второй обязательный компонент терапевтической программы – транквилизаторы бензодиазепинового ряда: диазепам (20–40 мг в сутки), бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (3–6 мг в сутки) [12, 13]. Как правило, сочетания инфузионной терапии и транквилизаторов бывает достаточно при делириях средней степени тяжести.

Третий компонент – антипсихотические препараты. Если эффекта транквилизаторов недостаточно, сохраняется психомоторное возбуждение, психотическая симптоматика, то присоединяют типичные антипсихотики с выраженным антипсихотическим эффектом: галоперидол (5–10 мг в сутки), дроперидол (5–10 мг в сутки). Когда в клинической картине превалирует продуктивная симптоматика (бред, галлюцинации, аффект), психомоторное возбуждение не выражено, рекомендуется использовать атипичные антипсихотики с преобладанием седативного эффекта: оланзапин (10–20 мг в сутки), кветиапин (200–400 мг в сутки) [17].

При выраженном психомоторном возбуждении, сопутствующей соматической патологии антипсихотики и транквилизаторы применять опасно. В таких случаях используют средства для наркоза – пропофол (0,3–4,0 мг/кг/ч) в сочетании с искусственной стимуляцией выделения мочи (см. выше). На рисунке 1 представлен алгоритм формирования тактики терапии СК-индуцированного психоза.

Рисунок 1. Алгоритм выбора тактики терапии СК-индуцированного



психоза

Данные тактики направлены на купирование острого периода психоза, вызванного употреблением СК. Однако СК-индуцированные психозы, с одной стороны, могут быть затяжными, а с другой – могут являться не самостоятельным психозом, а дебютом эндогенного психического заболевания [15–18].

По данным нашего исследования рецидив психоза встречается у 42,8% пациентов; те из них, которые продолжают употребление ПАВ, подвержены рецидиву чаще, он формируется в 67,9% случаев, реже рецидивы психоза происходят у пациентов на фоне сохранения трезвости – в 28,2% случаев [18].

У большинства пациентов, продолжающих употреблять СК, рецидивирующие психозы имеют ту же структуру, без усложнения симптоматики, представлены делириозным синдромом [18].

При рецидивировании психотической симптоматики на фоне трезвости наблюдается усложнение структуры психоза, его эндогенизация. Диагноз «шизофрения» устанавливается в тех случаях, когда такие психозы текут длительно (более 1 месяца) и не дают ответа на терапию [18].

ТАКТИКА ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ

Статистика свидетельствует о высокой частоте рецидивов психозов, индуцированных употреблением СК: не менее чем у трети пациентов психоз повторяется при сохранении полной трезвости [15, 17]. По данным проведенного нами исследования, у пациентов, перенесших СК-индуцированный психоз, в 43% случаев развиваются повторные психозы, при этом у пациентов, продолживших употребление ПАВ, рецидив происходит в 24% случаев, а у пациентов, сохранявших трезвость, – в 19% случаев [15, 16, 17]. В связи с такой высокой частотой рецидивирования целесообразно принимать поддерживающую терапию длительно, до полной стабилизации психического состояния. Такие пациенты, как правило, долгое время после перенесенного психоза демонстрируют аффективные расстройства, нарушения сна,

резидуальный бред, астенические расстройства. Они отличаются более тяжелыми проявлениями психоза, последний, как правило, имеет ретардированное течение. Все это заметно снижает их уровень качества жизни по физическим, психологическим и социальным параметрам.

Под поддерживающей противорецидивной терапией понимается комплексный подход с назначением препаратов различных фармакологических групп: антипсихотиков, анксиолитиков, нормотимиков, антидепрессантов. Выбор препарата зависит от клинических проявлений.

Лечебная программа формируется исходя из мишеней [12, 13]. К основным относятся:

- 1) полное воздержание от употребления ПАВ, в т.ч. и алкоголя, поддержание трезвости;
- 2) купирование психотической симптоматики;
- 3) терапия сопутствующей соматической патологии;
- 4) коррекция сопутствующих психопатологических нарушений (аффективных, невротоподобных, астенических, поведенческих).

В конкретной ситуации приоритетность целей может меняться. Субъективное качество жизни пациента является важным критерием для поиска оптимальной приоритетности терапевтических целей. Субъективное восприятие качества жизни пациентом определяет комплаентность, а значит, качество ремиссии как наркологического, так и психического заболевания. Это значит, что врачу следует внимательно прислушиваться к жалобам пациента и выбирать лечебную тактику таким образом, чтобы общее качество жизни пациента по возможности улучшалось, как минимум, не ухудшалось. Например, применение антипсихотиков может сопровождаться выраженными побочными эффектами, такими как седация, двигательные нарушения, повышение массы тела, пролактинемия и пр. Это не позволяет пациенту включаться в активную социальную жизнь, даже если он при этом имеет твердую мотивацию на поддержание трезвого образа жизни. Поэтому выбор антипсихотика необходимо

проводить с учетом медицинских показаний, индивидуальной переносимости, возможного влияния на качество жизни, а также исходного уровня комплаенса.

Для пациентов с низким комплаенсом, у которых риск отказа от терапии велик, следует использовать антипсихотические препараты пролонгированного действия, но делать это необходимо с учетом отличной фармакодинамики и фармакокинетики [12, 13]. Первую инъекцию препарата пролонгированного действия желательно провести в стационарных условиях для того, чтобы оценить его терапевтический эффект и провести коррекцию назначений, если потребуется. Применение препаратов пролонгированного действия без предварительной проверки переносимости может привести к нежелательным явлениям, таким как злокачественный нейролептический синдром, кома.

У пациентов с высоким уровнем комплаенса возможно снижение дозы антипсихотика при наличии жалоб на соответствующие побочные эффекты, когда это не вредит психическому состоянию пациента.

Пациентам, которые перенесли короткие, до 7 дней, интоксикационные психозы (делирий, острый параноид), антипсихотики рекомендуется назначать короткими курсами – до 1 месяца.

Пациенты со смешанной формой психоза, особенно если он развивается в период трезвости, находятся в группе риска по развитию шизофрении, поэтому им антипсихотики назначаются более длительным курсом. Для таких пациентов рационально использование принципов лечения, предлагаемых для «первого психотического эпизода», то есть применение антипсихотической терапии в той дозировке, которая была эффективна для купирования психотической симптоматики в течение 12 месяцев после разрешения психоза.

У пациентов с тяжелыми сопутствующими соматическими заболеваниями, которые представляют угрозу для жизни, утяжеляют проявления психоза или значительно снижают качество жизни, в первую очередь лечат именно эту патологию.

Важнейшей частью комплексной программы терапии наряду с назначением фармакологических препаратов являются психообразовательные и

психотерапевтические мероприятия, направленные как на терапию наркологического заболевания, так и на формирование комплаенса. Эти мероприятия должны включать создание у пациента стойкой мотивации на трезвость, консультирование по поводу причин возникновения психоза, прогноза, курса лечения, способов сохранения трезвости.

При формировании траектории лечебного процесса следует учитывать приоритетность терапевтических целей для конкретного пациента, его личностные особенности, его жизненные обстоятельства и ценности. В частности, мотивация к сохранению трезвости не может быть сформирована исходя из «общечеловеческих» принципов, так как взгляд на них может различаться у врача и пациента. В связи с этим следует использовать такие техники, как «квадрат Декарта» (табл. 5) и «мотивация через сильные стороны» (табл. 6) для создания устойчивой мотивации к изменениям [19].

Таблица 5. Квадрат Декарта

Плюсы изменения поведения (введения нового поведения)	Минусы изменения поведения (введения нового поведения)
1...	1...
Плюсы отказа от изменения поведения (введения нового поведения)	Минусы отказа от изменения поведения (введения нового поведения)
1...	1...

Таблица 6. Мотивация через сильные стороны

Ценность	Как хотелось бы? баллы	Как есть сейчас? (баллы)	Что препятствует реализации ценности?	Какие потери, если ничего не меняю? Что получаю, если ничего не меняю?	Что я могу сделать/изменить для реализации ценности? (конкретные действия)
... Карьера ...	8	5	Зависимость, невозможность отказа от употребления ПАВ

ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ШИЗОФРЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПАВ-ИНДУЦИРОВАННЫЙ ПСИХОЗ, ИНДУЦИРОВАННЫЙ УПОТРЕБЛЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ

Согласно литературным данным, вероятность развития шизофрении у пациентов, перенесших ПАВ-индуцированный психоз, существенно выше, чем в общей популяции. 15-летний кумулятивный уровень риска составляет 17,3% (для диагноза «шизофрения»). Более чем у 50% пациентов, перенесших ПАВ-индуцированный психоз, диагноз «шизофрения» устанавливается в течение 2 лет, а в течение 5 лет – уже у 80% пациентов [7]. Нетрудно подсчитать, что у пациентов, перенесших СК-индуцированный психоз, в периоде от 2 до 5 лет вероятность развития шизофрении увеличивается приблизительно в 1,6 раз.

Проведенные нами исследования позволили выделить факторы риска развития шизофрении у пациентов с СК-индуцированными психозами [15–17]. К ним относят:

- смешанную форму психоза: шизофрения у них диагностируется чаще по сравнению с другими формами психозов;
- развитие психоза в период трезвости или в абстинентном синдроме;
- продолжительность психоза более 14 дней;
- указание в анамнезе на форпостсиндромы (острые и кратковременные эпизодически возникающие психотические состояния с периодами длительного благополучия), возникающие в период трезвости.

Следует также иметь в виду, что рецидивирование психоза, длительно существующая иная психопатологическая симптоматика, трудно поддающаяся фармакологическому лечению, также может свидетельствовать о наличии шизофренического процесса.

Такие пациенты нуждаются в длительном совместном наблюдении врачей психиатра и психиатра-нарколога.

Пациентам с перечисленными предикторами рекомендуется назначать лечение в соответствии с рекомендациями по диагностике и лечению шизофрении [20].

Заключение

Распространенность употребления СК в мире и в России продолжает расти. Клиническая картина интоксикации СК характеризуется типичными для всех стимуляторов проявлениями, включающими гипоманию и активизацию симпатико-адреналовой системы. СК-индуцированные психозы чаще всего проявляются делирием (делириозный синдром), острым параноидом (паранойяльный синдром) или смешанной симптоматикой (галлюцинаторно-параноидный синдром). СК-индуцированные психозы от других отличаются более выраженными психомоторным возбуждением, аффектом тревоги, агрессией/аутоагрессией. Развитие делирия происходит в интоксикации, острого параноида – в интоксикации и при синдроме отмены, смешанного психоза – в интоксикации, при синдроме отмены и на фоне воздержания от употребления СК.

К провоцирующим факторам, влияющим на развитие психоза, относят: длительность употребления СК, возраст, вид употребляемого СК.

Частота рецидивирования СК-индуцированных психозов высока, больше она у тех пациентов, которые после лечения продолжили употребление ПАВ.

К предикторам развития шизофрении у пациентов, перенесших СК-индуцированный психоз, относят: смешанную форму психоза, развитие психоза после фазы интоксикации, длительность психоза более 14 дней, анамнестическое наличие форпостсиндромов.

Тактика терапии СК-индуцированных психозов формируется исходя из тяжести психомоторного возбуждения и выраженности психопатологической симптоматики. Базовыми подходами являются проведение инфузионной терапии и назначение бензодиазепиновых транквилизаторов. При недостаточном эффекте бензодиазепинов добавляются антипсихотики. Средства для наркоза и форсированный диурез используются при глубоком помрачении сознания, наличии соматической отягощенности и выраженном психомоторном возбуждении.

Формирование поддерживающей противорецидивной программы терапии строится с учетом не только клинической картины, но и социального

функционирования и качества жизни пациента. Необходимо включение в комплексную программу психообразовательных и психотерапевтических методов, направленных на формирование комплаенса, стойкой мотивации на ведение трезвого образа жизни и повышение адаптационных возможностей каждого конкретного пациента.

В связи с высоким риском рецидива психоза и возможного развития шизофренического процесса пациентам, перенесшим СК-индуцированный психоз, рекомендуется оставаться под динамическим наблюдением врача психиатра и психиатра-нарколога в течение не менее года.

Список литературы

1. Drug Markets Report 2019. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and Europol; 2019: 1–260. <https://www.europol.europa.eu/publications-events/publications/drug-markets-report-2019>
2. Weinstein A.M. et al. Synthetic cathinone and cannabinoid designer drugs pose a major risk for public health. *Frontiers in Psychiatry*. Frontiers Media S.A. 2017; 23(8):156. doi: 10.3389/fpsy.2017.00156. eCollection 2017
3. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Бобков Е. Н., Киржанов В. Н., Сидорюк О. В. Состояние и деятельность наркологической службы Российской Федерации в 2021 году: аналитический обзор. М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России; 2022: 202 с.
4. Bonhoeffer K. Die exogenen Reaktionstypen. *Archiv f. Psychiatrie*. 1917; 58: 58–70. <https://doi.org/10.1007/BF02036408>
5. Schifano F. et al. The clinical challenges of synthetic cathinones. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 2020; 86 (3): 410–419. doi: 10.1111/bcp.14132
6. Abou-Saleh M.T., Janca A. The epidemiology of substance misuse and comorbid psychiatric disorders. *Acta Neuropsychiatr.* 2004; 16 (1): 3–8. doi: 10.1111/j.1601-5215.2004.0075.x.
7. Alderson H.L. et al. Risk of transition to schizophrenia following first admission with substance-induced psychotic disorder: a population-based longitudinal cohort study. *Psychol. Med.* 2017; 47 (14): 2548–2555. doi: 10.1017/S0033291717001118
8. Сиволап Ю.П., Янушкевич М.В., Савченков В.А. Двойной диагноз: шизофрения и злоупотребление психоактивными веществами. *Неврологический вестник*. 2017; XLIX (2): 57–60. DOI:[10.17816/nb14070](https://doi.org/10.17816/nb14070)
9. Simmons S.J. et al. DARK Classics in Chemical Neuroscience: Cathinone-Derived Psychostimulants. *ACS Chemical Neuroscience*. 2018; 9(10):2379-2394. doi: 10.1021/acscemneuro.8b00147.
10. Schifano F. Analyzing the Open/Deep Web to Better Understand the New/Novel Psychoactive Substances (NPS) Scenarios: Suggestions from CASSANDRA and NPS. *Finder Research Projects. Brain Sciences*. 2020; 10 (3): 146. doi: 10.3390/brainsci10030146.
11. Schifano F. et al. Mephedrone (4-methylmethcathinone; ‘meow meow’): chemical, pharmacological and clinical issues. *Psychopharmacology*. 2011; 214 (3): 593–602. doi: 10.1007/s00213-010-2070-x.
12. Наркология. Национальное руководство. Краткое издание. Под редакцией Иванец Н.Н., Винникова М.А. Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2020: 704 с.
13. Наркология: национальное руководство. 3-е издание. Под редакцией Иванец Н.Н., Винникова М.А. Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2024: 848 с.
14. Baumann M.H. et al. Baths Salts, Spice, and Related Designer Drugs: The Science Behind the Headlines. *Journal of Neuroscience*. 2014; 34 (46): 15150–15158. doi: 10.1523/JNEUROSCI.3223-14.2014
15. Винникова М.А., Северцев В.В. Факторы риска развития психотических расстройств, связанных с употреблением синтетических катинонов. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2023;123(5):153-159. <https://doi.org/10.17116/jnevro2023123051153>
16. Северцев В.В. Психотические расстройства, связанные с употреблением синтетических катинонов: клинические особенности, подходы к лечению, прогноз. Дисс... канд. мед. наук. Москва: ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет), 2024. 153 с.
17. Винникова М.А., Северцев В.В. Клинические формы психозов, связанных с употреблением синтетических катинонов, и их лечение. Всероссийский конгресс с

международным участием «Психическое здоровье в меняющемся мире», 23–24 мая 2024 года, Санкт-Петербург [Электронное издание] / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. – СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2024. – с. 288-289. ISBN 978-5-94651-099-8

18. Винникова М.А., Северцев В.В. Шизофрения после перенесенного психоза, индуцированного употреблением синтетических катинонов: клинические предикторы Психиатрия 2024, 22(3; Вып. 2): 55-56. DOI 10.30629/2618-6667-2024-22-3-2
19. SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols. Enhancing Motivation for Change in Substance Use Disorder Treatment: Updated 2019. TIP 35. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US), 2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571071/>
20. Клинические рекомендации «Шизофрения». Российское общество психиатров. 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/451_3