

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Приказ от 22 октября 2003 г. №500 «Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)»* Москва, 2003 г.

ВИ. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ

7.1 Модель пациента

Клиническая ситуация: реабилитация больных наркоманией;

Группа заболеваний: наркомания в стадии ремиссии;

Профильность подразделения, учреждения: отделения наркологического профиля;

Функциональное назначение отделения, учреждения: восстановительно-реабилитационные мероприятия.

Код по МКБ-10: Z50.3

7.1.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента

Наличие в анамнезе систематического употребления психоактивных веществ (природных или синтетических) и наркотической зависимости.

Отсутствие употребления наркотиков на протяжении нескольких дней или недель (не менее 12—14 дней), абстинентных и выраженных постабстинентных расстройств.

Личностная и социальная дезадаптация различной степени.

Завершен восстановительный (предреабилитационный) период лечебных мероприятий и медицинское обследование.

7.1.2 Порядок включения пациента в протокол

Состояние больного, удовлетворяющее выше приведенным критериям.

Добровольное согласие пациента на прохождение реабилитационной программы или решение суда о направлении на принудительное амбулаторное лечение и реабилитацию (при наличии такового).

Наличие данных медицинского обследования о состоянии функций внутренних органов, отсутствие у пациента на момент начала реабилитационной программы инфекционных и иных заболеваний, требующих специального лечения (например: инфекционного гепатита, эндокардита и пр.).

7.1.3 Требования к амбулаторно-поликлиническим восстановительно-реабилитационным мероприятиям (табл. 1)

7.1.4 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога первичный.

Осмотр осуществляется в первый день поступления в реабилитационное отделение. Выясняются преморбид-

ные особенности развития личности, особенности динамики клиники заболевания, в том числе наличие и отсутствие приема наркотиков в последнее время, личностный и социальный статус больного (наличие или отсутствие профессии, круг интересов, посещение спортивных секций, культурных мероприятий, степень социальной адаптации, связь с криминальными структурами), мотивация на участие в реабилитационном процессе. С целью получения объективной и полной информации о больном проводится беседа с его родственниками или другими значимыми для него людьми (учитель, представители администрации по месту жительства больного, близкие люди и т.д.). Акцентируется внимание на исследовании кожных покровов и слизистых с целью выявления свежих следов инъекций наркотических средств. Измеряется АД, частота пульса, исследуется область сердца, легких, живота (определяются границы печени). Выявляются признаки:

обострения патологического влечения к психоактивным веществам;

астенических расстройств;

эмоциональных расстройств (депрессии, дисфории, дистимии);

интеллектуально-мнестических расстройств;

поведенческих расстройств (психопатоподобное поведение, декомпенсация психопатии);

состояния наркотической абстиненции: общая слабость, потливость, ринорея, чихание, слезотечение, мышечные боли или судороги, абдоминальные спазмы, тошнота или рвота, диарея, «гусиная кожа», периодический озноб, тахикардия, зевота, беспокойный сон, дисфория; постабстинентных расстройств;

употребления наркотиков: эйфория, расширение или сужение зрачков и др., при необходимости — диагностическое тестирование мочи на выявление наркотиков и их метаболитов.

По результатам комплексной оценки данных анамнеза, жалоб, физикального осмотра врач психиатр-нарколог определяет уровень реабилитационного потенциала больного в соответствии со шкалой (приложение №1 к настоящему протоколу ведения больных). Совместно с членами реабилитационной бригады (психологом, специалистом по социальной работе и др.) участвует в составлении индивидуальной реабилитационной программы.

Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога повторный

Осуществляется в течение всего периода наблюдения (особенно в условиях амбулатории) с периодичностью не реже двух раз в неделю на адаптационном этапе, 1 раза в неделю —

* Продолжение. Начало см. Наркология. — 2004. — № 4. — С. 20—29.

Требования к амбулаторно-поликлиническим восстановительно-реабилитационным мероприятиям

Код	Наименование	Кратность выполнения
01.036.01	Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога первичный	1
01.036.02	Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога повторный	Согласно алгоритму
09.28.016	Исследование уровня лекарств и их метаболитов в моче	Согласно алгоритму
02.01.001	Измерение массы тела	По потребности
03.014.01	Комплекс исследований при подозрении на инфицирование вирусом иммунодефицита человека	По потребности
03.016.02	Общий (клинический) анализ крови	По потребности
03.016.04	Анализ крови биохимический общетерапевтический	По потребности
03.016.06	Анализ мочи общий	По потребности
04.14.001	Ультразвуковое исследование печени	По потребности
05.01.001	Регистрация электрической активности в точках акупунктуры	По потребности
05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	По потребности
05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	По потребности
06.09.008	Рентгенография легких	По потребности
09.05.035	Исследование уровня лекарств в крови	По потребности
11.05.001	Взятие крови из пальца	По потребности
11.12.009	Взятие крови из периферической вены	По потребности
12.06.011	Реакция Вассермана (RW)	По потребности
12.06.016	Серологические реакции на различные инфекции, вирусы	По потребности
21.01.001	Общий массаж	По потребности

на интеграционном этапе, 1 раз в месяц на стабилизационном этапе (в среднем — не менее 12—14 раз в первые 3 мес. реабилитации и 6—8 раз в последующие каждые 3 мес.). В ходе осмотров оценивают динамику состояния пациента.

Ежемесячно оцениваются результаты выполнения реабилитационной программы.

Обязательной составляющей осмотров и консультирования являются:

Психотерапия (психокоррекция)

Она проводится на всех этапах реабилитации и направлена на устранение личностных и поведенческих расстройств, закрепление достигнутых результатов лечения и мотивацию больных на участие в реабилитационных программах. Выбор и продолжительность психотерапевтических методик определяется особенностями клиники основного заболевания, личностного и социального статуса больного. Осуществление хотя бы одного из методов индивидуальной или групповой психотерапии: бихевиоральная (поведенческая), психодинамическая, системная, а также обязательно — семейная психотерапия.

Исследование уровня лекарств и их метаболитов в моче

Исследование осуществляется при поступлении в реабилитационное отделение для объективного подтверждения факта воздержания от приема или употребления некоторых видов лекарственных препаратов, что необходимо знать для осуществления реабилитационной программы и назначения блокаторами опиатных рецепторов. Исследование может быть повторено в течение срока реабилитации (в среднем 1 раз в 3 месяца) с целью контроля эффективности реабилитационных мероприятий, исключения тайного употребления наркотических веществ, рецидива заболевания («срыва»). Выявление метаболитов опиатов или других психоактивных веществ указывает на их недавний прием.

Измерение массы тела

Производится для оценки эффективности реабилитационного процесса у лиц с признаками истощения, для расчета индекса массы тела с целью оценки риска сопутствующих заболеваний — сердечно-сосудистых, эндокринологических и пр.

Общий (клинический) анализ крови

Производится в первый день поступления на реабилитацию скрининговый тест для выявления анемии, кровотечений, инфекционной и др. патологии. При необходимости повторяется для оценки эффективности реабилитации, оценки риска кровотечений, аллергии, противопоказаний к назначению лекарств.

Анализ крови биохимический общетерапевтический

Применяется как скрининговая методика для выявления скрыто протекающих хронических заболеваний печени, контроля реабилитации лиц с патологией печени, контроля соблюдения режима трезвости в стационаре и амбулатории.

Комплекс исследований при подозрении на инфицирование вирусом иммунодефицита человека

Осуществляется как скрининговая методика при поступлении на реабилитацию. Проводится также при подозрении на наличие у пациента ВИЧ.

Анализ мочи общий

Проводится при поступлении для диагностики поражения мочевыделительной системы, сахарного диабета, противопоказаний к терапии нефротоксичными препаратами.

Ультразвуковое исследование печени

Производится для диагностики хронических заболеваний печени и желчевыводящих путей, контроля реабилитации.

Регистрация электрокардиограммы (ЭКГ)

Производится как скрининговое исследование для исключения нарушений ритма сердца, проводимости и кровоснабжения миокарда. При необходимости исследуется в динамике для оценки качества реабилитации.

Интерпретация расшифровки, описание электрокардиографических данных

Осуществляется врачом отделения функциональной диагностики. При ЭКГ-исследовании оценивают ритм сердца, наличие гипертрофии миокарда и его ишемии, постинфарктных изменений, нарушений проводимости и возбудимости желудочков.

Регистрация электрической активности в точках акупунктуры

Используется для поиска биологически активных точек с целью диагностики и терапии методами акупунктуры, акупрессуры, электроакупунктуры и пр.

Рентгенография легких

Проводится у потребителей ПАВ, часто сопровождающегося туберкулезом, атипичными малосимптомными пневмониями, в том числе у ВИЧ-инфицированных.

Проводится с целью исключения угрожающей жизни патологии.

Исследование уровня лекарств в крови

Проводится при необходимости исследования фармакокинетики, контроля за употреблением препаратов. Используется в качестве контроля трезвости и эффективности реабилитации.

Взятие крови из пальца

Осуществляется для общих клинических, биохимических и генетических исследований.

Проводится сестрой процедурного кабинета, фельдшером-лаборантом или врачом.

Взятие крови из периферической вены

Осуществляется для общих клинических, биохимических и генетических исследований.

Проводится сестрой процедурного кабинета, фельдшером-лаборантом или врачом.

Реакция Вассермана (RW)

Скрининговый тест у потребителей наркотиков, для которых в целом характерно рискованное сексуальное поведение и высокий удельный вес заболевания сифилисом. У инфицированных лиц при повторном исследовании служит критерием качества реабилитации.

Серологические реакции на различные инфекции, вирусы

Является скрининговым тестом на вирусы гепатита В и С в виде антител к сердцевинному антигену гепатита В и вирусу гепатита С. Важный критерий рецидива наркологического заболевания и его ремиссии.

Общий массаж

Выполняется физиотерапевтом. Имеет лечебное и диагностическое значение. Используется в комплексной реабилитации наркологических больных.

7.1.5 Требования к лекарственной помощи

Наименование группы	Кратность (продолжительность) лечения
Средства лечения алкоголизма и наркомании	Согласно алгоритму
Стимуляторы центральной нервной системы	По потребности
Седативные и анксиолитические средства, средства для лечения психотических расстройств	По потребности
Средства для лечения маниакально-депрессивных (аффективных) состояний	По потребности
Противосудорожные средства и средства лечения паркинсонизма	По потребности

7.1.6 Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Медикаментозная терапия проводится по показаниям с первых дней включения пациента в реабилитационную программу.

Средства для лечения алкоголизма и наркомании назначаются индивидуально с учетом особенностей клиники заболевания. В основном в монотерапии или в различных сочетаниях (политерапия) используются общие средства: блокаторы опиатных рецепторов и альдегиддегидрогеназы; антидепрессанты, нейролептики, антиконвульсанты, ноотропы, аминокислоты, антиоксиданты, дофаминостимуляторы, витамины и др).

Алгоритм терапии блокаторами опиатных рецепторов

Применяются с целью стабилизации ремиссии, профилактики рецидивов опиатной (героиновой) наркомании путем поддержания у больного состояния, при котором этот вид наркотиков не оказывает характерного наркотического действия (уровень убедительности доказательств В).

В амбулаторных условиях назначается с первых дней реабилитации, но не ранее, чем через 7–10 дней после воздержания от приема опиатных наркотиков.

Продолжительность курса противорецидивной терапии: для больных с высоким уровнем реабилитационного потенциала — не менее 3 мес., для больных со средним и низким — 4 мес.

Курс лечения проводится:

сразу при поступлении пациента в амбулаторное реабилитационное отделение;

при угрозе «срыва» или рецидива заболевания.

С профилактической целью при неблагоприятном микросоциальном окружении курс лечения проводят также перед выпиской больного из реабилитационного стационара и на период адаптации вне условий реабилитационного стационара. В этом случае лечение продолжается до 1 года, общее число курсов — 2–3 (в среднем по 3 мес. каждый).

Налтрексон гидрохлорид — начальная доза 25 мг, внутрь. При отсутствии в течение часа признаков синдрома отмены больному дополнительно дают 25 мг препарата. Далее суточная доза препарата устанавливается индивидуально и в среднем составляет 50 мг.

Препарат отменяют при достижении продолжительной (не менее 6 мес.) ремиссии, стойкой установке на отказ от употребления наркотиков и ресоциализации больного.

В период приема налтрексона систематически (1 раз в 2–3 мес.) оценивают состояние печени, а именно определяют уровень билирубина, печеночных ферментов, т.к. препарат метаболизируется печенью, способен усиливать проявления цитолитического и холестатического синдромов хронического гепатита.

При наличии признаков гепатита препарат временно — на период лечения, до исчезновения острых проявлений гепатита — отменяют.

Алгоритм терапии антидепрессантами

Показаны с целью улучшения психического функционирования, нормализации настроения, нивелирования апа-

тий, тревожности, плаксивости, нарушений сна, аппетита и пр., а также для воздействия на синдром патологического влечения (уровень убедительности доказательств В).

Антидепрессанты преимущественно седативного, сбалансированного или общего действия могут использоваться на любом этапе. Например, применяется одно из перечисленных средств.

Амитриптилин относится к трициклическим антидепрессантам седативного действия. Рекомендуемая максимальная суточная доза в амбулаторных условиях не должна превышать 75 мг, а в условиях стационара — 300 мг. Для приема внутрь рекомендуется начинать лечение с 25–50 мг на ночь. В течение 5–6 дней индивидуально увеличивают до 100–150 мг в сутки (большая часть дозы принимается на ночь). При исчезновении признаков депрессии дозу снижают до 50–100 мг в сутки и продолжают такую терапию в течение 3–6 недель.

Тианептин относится к антидепрессантам сбалансированного действия. Назначается по 12,5 мг 3 раза в день перед едой. Средняя продолжительность лечения 1,5 мес. При достижении стойкого терапевтического эффекта рекомендуется постепенное снижение дозы препарата в течение 7–14 дней.

Циталопрам — антидепрессант сбалансированного действия, относится к селективным ингибиторам обратного захвата серотонина. При его назначении отсутствует угнетение психомоторных и когнитивных функций. Эффективен не только при лечении депрессий, но и при воздействии на патологическое влечение, протекающее с преобладанием поведенческого и идеаторного компонентов. Начальная доза — 20 мг в сутки вне зависимости от приема пищи, индивидуально увеличивают до 60 мг в сутки, эффект наступает на 3–5-е сутки. Курс лечения 3–6 недель. Хорошо переносим при длительном применении.

Флуоксетин — антидепрессант стимулирующего действия. Начальная доза 50–75 мг, обычно назначается вечером; дозировка постепенно повышается до 150–300 мг в сутки, терапевтический эффект наблюдается на 3–7-й день лечения. Продолжительность лечения в амбулатории или в стационаре 1 мес. При достижении терапевтического эффекта доза препарата постепенно снижается в течение 7–14 дней.

Алгоритм терапии нейролептиками

Применяют с целью снижения возбуждения, подавления влечения к психоактивным веществам, коррекции поведения (уровень убедительности доказательств С).

В процессе лечения категорически запрещается применять алкоголь. Следует воздерживаться от деятельности, требующей повышенного внимания и быстроты психомоторных реакций. Например, используют одно из перечисленных средств:

галоперидол. Назначают исключительно внутримышечно. Дозу и длительность лечения определяют индивидуально, в зависимости состояния больного. Средняя суточная доза — 50–200 мг 1 раз в 4 недели;

пипотиазин. Назначают внутрь. Средняя суточная доза — 0,02 г; максимальная — 0,12 г. Продолжительность курса лечения 1–3 недели. Следует учитывать возможность возникновения при приеме препарата экстрапирамидных расстройств, повышения судорожной готовности, кардиотоксических эффектов;

флуфеназин. Назначают внутрь. Средняя суточная доза — 0,02—0,04 г, в редких случаях она повышается до 0,06 г. Продолжительность курса лечения 1—2 недели.

Алгоритм терапии антиконвульсантами

Противосудорожные, нормотимические и эмоциотропные свойства антиконвульсантов, возможность их длительного и даже постоянного применения используются для лечения наркологических больных. Применяется как средство воздействия на первичное патологическое влечение к психоактивным веществам и, прежде всего, влечение к алкоголю (уровень убедительности доказательств С). Например, используются ниже названные средства.

карбамазепин. В случаях актуализации влечения к психоактивным веществам назначается в дозе 200 мг 3 раза в сутки. Начальная доза 100—200 мг 1—2 раза в сутки в условиях амбулатории. При необходимости в условиях стационара доза препарата может быть увеличена до 400 мг 2—3 раза в сутки.

вальпроат натрия. Суточную дозу определяют из расчета 30—50 мг/кг массы тела, обычно она составляет 0,1—0,5 г. В условиях амбулатории суточная доза 0,1—0,3 г, продолжительность лечения не менее 3 недель. В условиях стационара дозы могут быть увеличены, продолжительность лечения 1—1,5 мес.

Алгоритм терапии ноотропами

Применение ноотропов приводит к улучшению концентрации внимания, памяти, продуктивности мышления, умственной работоспособности и др. (уровень убедительности доказательства С). Используются по показаниям на любом этапе реабилитации. Назначают одно из ниже перечисленных средств.

пирацетам. Средняя суточная доза 0,8—2,4 г. Продолжительность курса лечения: для больных с высоким уровнем реабилитационного потенциала — 1 мес., со средним и низким — 2 мес. В случае возникновения нарушений сна рекомендуется отменить вечерний прием препарата, присоединив эту дозу к дневному приему;

гамма-аминомасляная кислота. Средняя суточная доза составляет 3—3,75 г. Суточную дозу делят на 3 приема и принимают до еды. Продолжительность курса лечения: для больных с высоким уровнем реабилитационного потенциала — 2—3 недели, со средним и низким — 2—4 мес.

Пациенты с синдромом патологического влечения к наркотикам

В случаях обострения синдрома патологического влечения назначаются подавляющие патологическое влечение к наркотикам и связанные с ним аффективные и поведенческие расстройства (продолжительность лечения определяется состоянием больного); препаратами являются:

нейролептики: галоперидол, пипотиазин, флуфеназин, тиоридазин, алимемазин и др. — 2—4 недели;

блокаторы опиатных рецепторов: налтрексон гидрохлорид, ревиа — 2—4 недели;

антидепрессанты: амитриптилин, тразодон, миансерин и др. — 4 недели;

антиконвульсанты: карбамазепин, вальпроат натрия — 2—4 недели.

Пирогенная терапия.

Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.)

Пациенты с астеническим (неврастеническим) синдромом

С целью уменьшения повышенной утомляемости, раздражительности, истощаемости, лабильности эмоциональных реакций и пр. назначают стимуляторы центральной нервной системы, седативные, анксиолитические и общеукрепляющие средства. Препаратами выбора являются:

ноотропы: пирацетам, церебролизин, пикамилон, аминолон и др. — до 1 мес;

блокаторы опиатных рецепторов: налтрексон гидрохлорид — 2 недели;

биогенные стимуляторы: женьшень, китайский лимонник и др. — до 1 мес.;

нейролептики — тиоридазин, алимемазин — до 2—4 недель;

витамины — 1 мес.;

деприм — 1—1,5 мес.

аминокислоты — 1 мес.

Ароматерапия — 1 мес.

Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.).

Пациенты с аффективными расстройствами (субдепрессии, депрессии, дистимии или дисфории)

Для нормализации настроения, снижения тревожности, эмоциональной лабильности, апатии, тоскливости, обострения влечения к психоактивным веществам и пр. Препаратами выбора являются:

антидепрессанты: амитриптилин, тразодон, миансерин, кломипрамин, тианептин и др. — 4 недели;

блокаторы опиатных рецепторов: налтрексон гидрохлорид — 4 недели;

гипнотики: нитразепам, зопиклон и др. — до 7—10 дней;

нейролептики: сульпирид — до 4 недель, при стойкой бессоннице малые дозы клозапина 12,5 мг — 25 мг, левомепромазин 12,5—25 мг на ночь;

антиконвульсанты: карбамазепин — до 2 недель.

Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж).

Пациенты с поведенческими расстройствами

Для купирования поведенческих расстройств (психопатоподобное поведение, декомпенсация психопатий), снятия возбуждения и агрессии, исключения девиантного и делинквентного поведения препаратами выбора являются:

нейролептики — корректоры поведения: перициазин, тиоридазин, алимемазин — до 2 недель;

нейролептики: хлорпромазин, левомепромазин, клозапин — до 2 недель;

блокаторы опиатных рецепторов: налтрексон гидрохлорид и др. — 2 недели;

антиконвульсанты: карбамазепин — до 2 недель.

Пирогенная терапия.

Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж).

Пациенты с интеллектуально-мнестическими расстройствами

Назначаются средства для лечения негрубых нарушений ряда важных когнитивных функций — ухудшения памяти, концентрации внимания, сообразительности и пр., что неизбежно влечет за собой проблемы, связанные с обучением, работой, участием в коллективных психотерапевтических сессиях и т.д.; препаратами выбора являются:

ноотропы и аминокислоты: пирацетам, глутаминовая кислота, глицин, церебролизин и др. — в течение 2 мес. до трех курсов в год;

блокаторы опиатных рецепторов: налтрексон гидрохлорид и др. — 4 недели;

витамины;

диперидин — 2 мес.

Физиотерапия (акупунктура, электросон).

7.1.7 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

На этапе адаптации рекомендуется щадящий режим труда с умеренным ограничением физических и психических нагрузок.

На этапе интеграции физические и психические нагрузки осуществляются в полном объеме (на полный рабочий день). Обращается внимание на возможное спонтанное появление астенических, эмоциональных и поведенческих расстройств.

На этапе стабилизации физические и психические нагрузки осуществляются в полном объеме без ограничений (в течение всего дня).

Необходимым условием реабилитации является оптимальная организация распорядка дня, обеспечивающего постоянную занятость больных, сочетание медицинских, психотерапевтических процедур с трудотерапией, обуче-

нием, индивидуальными занятиями, культуротерапией, спортом, организованным досугом и др.

Формируемый в результате режим дня придает реабилитационному процессу своеобразный смысловой ритм, который втягивает больных в многомесячное действие. Этот ритм жизни реабилитационного учреждения не должен нарушаться и без необходимости изменяться, поскольку в течение нескольких месяцев неустойчивое психическое состояние, низкое самосознание, выраженная деиндивидуализация способны очень легко разрушить лечебно-реабилитационную соразмерность (гармонию). Ниже в приложении приведены варианты примерного распорядка дня, предусматривающие максимальное приобщение больных к труду, обучению и т.д.

7.1.8 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Код	Наименование	Кратность выполнения
02.036.01	Процедуры сестринского ухода при лечении алкогольной зависимости и наркомании	Согласно алгоритму

Характеристика мероприятий по уходу за пациентом

Процедуры сестринского ухода при лечении алкогольной зависимости и наркомании включают регулярное измерение частоты дыхания, сердцебиения, исследование пульса, артериального давления на периферических артериях, термометрию, введение лекарственных препаратов согласно требованиям к их выполнению, установленным соответствующими нормативными документами.

Таблица 2

Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Стабилизация	50	Отсутствие выраженного влечения к наркотическому средству, участие в общественно-полезной деятельности (учеба, работа). Стремление к личностному и социальному благополучию. Нормализация морально-этических установок	6—12 мес.	Диспансерное наблюдение в наркологическом диспансере
Прогрессирование	48,5	Обострение влечения к наркотическому средству (срыв, рецидив заболевания), аффективные и поведенческие расстройства	На любом этапе реабилитации	Переход к протоколу лечения больных наркоманией
Развитие ятрогенных осложнений	1	Появление новых заболеваний или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергическая реакция)	На любом этапе реабилитации	Оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	0,4	Присоединение нового заболевания, чье появление связано с приемом наркотического средства (например, вирусного гепатита, СПИДа, инфекционного эндокардита и др.)	На любом этапе реабилитации	Оказание помощи по протоколу соответствующего заболевания
Летальный исход	0,1	Наступление смерти в результате заболевания (внезапная смерть, суицид)	На любом этапе реабилитации	

7.1.9 Требования к диетическим назначениям и ограничениям

На всех этапах реабилитации исключается употребление алкоголя и табака, ограничивается прием кофе и других стимулирующих напитков (чай, кока-кола и пр.).

В период адаптации необходима калорийная диета — не менее 3000—3500 ккал (уровень убедительности доказательства С), в другие периоды соблюдается диета с учетом сопутствующих заболеваний.

7.1.10 Информированное добровольное согласие пациента при выполнении протокола

Информированное добровольное согласие пациент дает в письменном виде.

7.1.11 Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

На всех этапах реабилитации с родственниками больных подготовленные специалисты (врач, психолог, специалист по социальной работе и др.) регулярно (не реже 1 раза в месяц) проводят специальные занятия по следующим направлениям:

медико-социальные последствия наркомании;

обучение навыкам общения с больным, особенности создания реабилитационной среды в семье;

обучение контролю за состоянием больных с целью предупреждения рецидивов заболевания и оказания им психологической поддержки;

преодоление созависимости.

7.1.12 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия требований протокола

При обострении заболевания пациент переходит в Протокол, соответствующий лечению больных наркоманией.

При появлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, пациент переходит в Протокол ведения больных с соответствующим выявленным заболеванием или синдромом.

При грубом нарушении больными режима реабилитационного учреждения, отказе от медико-социальной помощи, нарушении установленных правил поведения и т.д., пациент исключается из реабилитационных программ, о чем сообщается в наркологический диспансер по месту жительства.

При обоснованном досрочном прекращении участия в реабилитационных программах за больным сохраняется право возвращения в реабилитационное учреждение.

7.1.13 Возможные исходы и их характеристика (табл. 2)

7.1.14 Стоимостные характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

(Продолжение следует)