

Федеральные рекомендации по диагностике и лечению в наркологии: критический анализ

СИВОЛАП Ю.П. д.м.н., профессор, кафедра психиатрии и наркологии,
Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Москва; 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2;
e-mail: yura-sivolap@yandex.ru

Изучено четыре из семи документов федеральных клинических рекомендаций по диагностике и лечению в наркологии. Отмечены следующие основные недостатки всех документов: представления о патогенезе зависимости от психоактивных веществ неполны и архаичны; симптомы болезней не соответствуют клинической реальности; некоторые из обсуждаемых расстройств не встречаются в клинической практике; практические рекомендации не соответствуют принципам доказательной медицины, не имеют надлежащего научного обоснования и способны причинить вред пациентам. Сделан вывод о непригодности рекомендаций для применения в медицинской практике.

Ключевые слова: злоупотребление психоактивными веществами; синдром отмены; алкогольный делирий; корсаковский синдром.

Своеобразие российских подходов к лечению зависимостей от психоактивных веществ (ПАВ) и их разительные отличия от принятых в мировой практике лечебных методов служат предметом обсуждения в отечественной психиатрии и наркологии в течение последнего десятилетия.

Критика господствующей в нашей стране фармакотерапевтической наркологической доктрины отражена в публикациях ряда авторитетных экспертов, главным образом, в работах В.Д. Менделевича (первым указавшего в печати на принципиальные различия между мировой и российской наркологией), М.А. Зобина и Е.М. Крупицкого [1—5, 11].

Основная претензия экспертов к отечественным лечебным подходам в наркологии — несоответствие этих подходов принципам доказательной медицины и, следовательно, отсутствие их надлежащего научного обоснования.

В настоящее время на сайте Российского общества психиатров вниманию специалистов представлены следующие документы, разработанные для наркологической практики:

1. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома зависимости;
2. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению амнестического синдрома, вызванного употреблением психоактивных веществ;
3. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению абстинентного синдрома;
4. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению острой интоксикации, вызванной употреблением психоактивных веществ;

5. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению пагубного употребления психоактивных веществ;

6. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению абстинентного состояния с делирием, вызванного употреблением психоактивных веществ;

7. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению психотического расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ.

Неоднозначность содержания перечисленных документов (далее по тексту — "Федеральных рекомендаций..."), ставящая под сомнение их научную ценность и практическую пригодность, вызвала активные дискуссии в профессиональной среде и послужила поводом для подготовки настоящей статьи.

Серьезные сомнения вызывает правомерность очень многих положений и высказываний, содержащихся в "Федеральных рекомендациях...", но объем журнальной статьи позволяет дать краткую оценку лишь некоторым из них.

В настоящей статье приведен анализ первого, второго, третьего и шестого документов; выбор определяется максимальной значимостью обсуждаемых в них вопросов для наркологической практики.

Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома зависимости

Авторы настаивают на важности различия диагнозов *наркомания* и *токсикомания*. Необходимость подобного разделения сомнительна не только потому, что, с точки зрения современной научной терминологи-

гии, понятия *наркомания* и *токсикомания* представляются безнадежно устаревшими (в настоящее время международное профессиональное сообщество оперирует такими терминами, как *substance misuse*, *substance abuse*, *substance dependence* или более общим понятием — *substance use disorders*). Даже если придерживаться архаичных терминов "наркомания" и "токсикомания", следует понимать, что эта дихотомия основана исключительно на юридических, а не медицинских критериях и не имеет значения для понимания природы расстройства и определения лечебной тактики.

Примером искусственности предлагаемого авторами разделения служит злоупотребление бензодиазепинами. Диазепам и феназепам относятся к одному фармакологическому классу, обладают сродством к одним и тем же рецепторам, обладают сходными фармакодинамическими (хотя и различными фармакокинетическими) свойствами, а расстройства, вызванные их немедицинским употреблением, идентичны и предполагают лечение одними и теми же методами. Несмотря на эту общность, зависимость от диазепама (включенного в перечень наркотических средств, психотропных веществ и их предшественников), в соответствии с точкой зрения разработчиков "Федеральных рекомендаций...", следует считать наркоманией, а зависимость от феназепама (не включенного в соответствующий перечень) — токсикоманией. Ясно, что это не имеет никакого значения для клинической практики.

Более чем спорными выглядят суждения авторов "Федеральных рекомендаций..." об этиологии и патогенезе зависимостей от ПАВ, в частности утверждение о том, что "ПАВ являются токсическими, т.е. способны поражать все органы и системы организма". Данный тезис весьма далек от реальности: известно, к примеру, что опиоиды (в отличие от алкоголя) практически не обладают висцеротоксичностью и нейротоксичностью (морфин назначается при тяжелых формах цирроза печени и во время беременности), а поражение внутренних органов и нервной системы у их потребителей главным образом связано с нестерильным парентеральным введением наркотика и сопутствующими инфекционными болезнями.

В приведенном разработчиками "Федеральных рекомендаций..." перечне нейротрансмиттерных систем, измененная активность которых составляет нейробиологическую основу аддиктивных расстройств, по неизвестной причине не упомянуты глутамат и NMDA-рецепторы, хотя эти последние играют ключевую роль в формировании зависимости от ПАВ [14, 17]. В этом же фрагменте текста авторы на непонятном основании разделяют холинергические и ни-

котининовые рецепторы, несмотря на то, что вторые представляют собой всего лишь разновидность первых, и в современной номенклатуре два этих типа мест связывания соответственно именуется ацетилхолиновыми и никотиновыми ацетилхолиновыми рецепторами¹.

Авторы обоснованно указывают на синдром дефицита внимания с гиперактивностью (при этом отчего-то называя его просто "дефицитом внимания") и "постоянный поиск новизны" как на возможные факторы риска развития зависимости от ПАВ, но отношение данных феноменов к генетическим факторам, допущенное в тексте, совершенно (в отличие, к примеру, от приведенного в этом же перечне наличия родственных, страдающих алкогольной зависимостью) безосновательно.

В таблице 6 "Медицинские услуги для диагностики синдрома зависимости" перечисляются различные диагностические процедуры, в том числе общий и биохимический анализы крови, анализ мочи, электрокардиография, рентгенография легких. Не вызывает сомнений, что эти методы позволяют оценить физическое здоровье пациента, но ни в какой мере не представляют оснований для вывода о наличии либо отсутствии зависимости от ПАВ (равно как и любого другого психического расстройства).

Клиническая характеристика алкогольной зависимости начинается следующим абзацем: "За привычным или эпизодическим пьянством следует систематическое пьянство, во время которого формируются основные симптомы алкоголизма. Выпивки учащаются, возникают они практически по любому поводу, значительному или незначительному. Человеку трудно воздерживаться от употребления спиртных напитков, он начинает сам активно искать поводы для выпивки. В периоды вынужденного воздержания от алкоголя (семейные неурядицы, отсутствие денег, работа и пр.) у такого человека возникают расстройства настроения, появляется такое чувство, как будто чего-то не хватает, "все не по себе". Но человек уже знает "свое лекарство": очередной прием алкоголя снимает все эти неприятные ощущения. Спиртные напитки употребляются, как правило, не реже 1—2 раз в неделю, а в ряде случаев — ежедневно. Но на данном этапе еще сохраняется контроль за количеством потребляемого алкоголя. Исчезают защитные рефлексы".

Алкоголизм проявляется выраженным клиническим многообразием; собственный опыт автора данной статьи, да и любого практикующего специалиста, а также современные широкомасштабные исследования с объемными выборками, включающими десятки тысяч наблюдений [7, 15], показывают, что далеко не

¹ Вторым типом ацетилхолиновых рецепторов являются мускариновые ацетилхолиновые рецепторы.

у всех пациентов с алкогольной зависимостью отмечаются перечисленные выше феномены и что паттерны употребления алкоголя у этих лиц весьма вариативны. У ряда пациентов наблюдается доброкачественное течение болезненного процесса, нередко — с благоприятным спонтанным (без существенного терапевтического влияния) течением [2]. Неуклонное нарастание тяжести симптомов характерно лишь для неблагоприятных форм алкоголизма, наблюдающегося, к счастью, далеко не у всех больных.

Глава о синдроме зависимости от снотворных и седативных средств начинается обширным разделом о злоупотреблении барбитуратами. Возникает вопрос: чем определяются подобные приоритеты? В той же мере, в какой барбитураты в последние десятилетия отошли далеко на задний план среди снотворных средств, назначаемых врачами, эти вещества утратили актуальность в качестве объекта немедицинского употребления; в наши дни назначаются при бессоннице и подвергаются немедицинскому употреблению главным образом бензодиазепины и небарбитуровые снотворные средства новых поколений, в том числе так называемые Z-препараты [8, 10].

Таблица 10 "Рекомендуемые к использованию в наркологической практике антидепрессанты" начинается трициклическими препаратами; они же представлены ниже в тексте в качестве антидепрессантов первой линии.

Авторы никак не аргументируют подобное предпочтение. Между тем, в соответствии с современными международными подходами к применению антидепрессантов, препаратами выбора во всех клинических ситуациях — будь то депрессия, генерализованное тревожное расстройство, агорафобия, паническая атака и другие невротические состояния, а также коморбидные психические нарушения при алкогольной зависимости — служат селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) [6, 19—21]. В "Федеральных рекомендациях..." СИОЗС лишь вскользь упомянуты в конце соответствующего раздела: "При выраженных депрессивных нарушениях, расстройствах сна предпочтение отдается СИОЗС... как более безопасным лекарственным средствам".

Логика процитированной выше фразы не поддается постижению: видимо, первая ее половина основана на представлении, что эффективность СИОЗС превосходит эффективность антидепрессантов первых поколений. Увы, это не так; авторитетные источники сообщают о том, что первые по эффективности всего лишь сопоставимы со вторыми, но при этом лучше переносятся (на что и указывает приведенная фраза из "Федеральных рекомендаций...") [16, 20, 21]. Если авторы имеют в виду, что СИОЗС позволяют легче справиться с более тяжелыми расстройствами

по причине их более высокой переносимости, то данное суждение явно лишено логики.

Из таблицы 10 следует, что отдельные антидепрессанты обладают избирательной активностью при разных типах аддиктивных расстройств. Подобная, совершенно новая для мировой психиатрии информация в современной научной литературе отсутствует; в таком случае на чем основывается высказанное авторами мнение, носящее характер практических рекомендаций? Ни одной научной публикации, представляющей результаты корректных исследований, разработчиками "Федеральных рекомендаций..." на этот счет представлено не было.

В таблице 11 приведены данные об эффективности алимемазина при "невротических, неврозоподобных и психопатоподобных состояниях", а также при нарушениях сна у пациентов с алкогольной зависимостью. Сообщается также об эффективности тиаприда в лечении синдрома отмены при алкогольной и опиоидной зависимости (в авторской редакции — "абстинентный синдром (*надеж изменен* — Ю.С.) у больных с алкогольной и опиоидной зависимостью"). В обоих случаях утверждается, что высказывания имеют уровень доказательства "А", но при этом ссылки на авторитетные источники — например, кохрейновские обзоры и мета-анализы — не приводятся. Считаю необходимым упомянуть, что в недавней устной дискуссии с автором настоящей статьи одним из разработчиков "Федеральных рекомендаций..." было заявлено, что сам по себе жанр обсуждаемого документа не предполагает ссылок на литературные источники. С данным утверждением можно было бы согласиться, несмотря на его недостаточную убедительность, но разработчики рекомендаций для обоснования их более чем спорных положений без труда могли бы разместить перечень использованных работ с безупречным научным дизайном (а иного уровня доказательности "А" не допускает) в отдельном сообщении в одном из профильных научных журналов либо на научных порталах, например на сайте Российского общества психиатров (www.psychiatr.ru) вместе с текстами "Федеральных рекомендаций...", однако соответствующая информация до сих пор не представлена.

Авторы сообщают об эффективности антиконвульсантов в лечении некоторых типов алкогольных расстройств. Это вполне обоснованное утверждение, соответствующее данным многих современных исследований; но вместе с тем, документ такого рода, как "Федеральные рекомендации...", обязан информировать врачей о том, что применение противосудорожных средств в лечении расстройств, связанных с употреблением ПАВ, не соответствует официальным показаниям к их применению и представляет

собой пример терапии off label. Никакого упоминания об этом в тексте нет.

Вызывает недоумение явное противоречие между анализируемым здесь документом и рассматриваемыми ниже "Федеральными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению абстинентного синдрома", где говорится о том, что "назначение (антиконвульсантов) оправданно только лишь в тех случаях, когда есть симптоматическая эпилепсия и риск развития эпилептических приступов (*стилистика авторов сохранена — Ю.С.*)". Подобные расхождения, видимо, следует объяснять рассогласованностью авторского коллектива, подготовкой отдельных документов разными авторами и отсутствием единого научного редактирования текстов всех документов.

Абсолютно неприемлемым в лечении "синдрома патологического влечения" к ПАВ (термин взят в кавычки, поскольку не находит отражения в мировом научном лексиконе, в том числе глоссариях ВОЗ) является рекомендуемое авторами применение антипсихотиков (нейролептиков).

Следует напомнить, что никакие научные гипотезы, например гипотеза об эффективном воздействии антипсихотиков на "идеаторный компонент влечения" (термин взят в кавычки по той же причине, что и оборот "синдром патологического влечения"), не могут служить основанием для клинического применения какого бы то ни было лекарственного средства. В основу лечебного стандарта могут быть положены исключительно данные о клинической эффективности лекарственного препарата, полученные из достоверных научных источников, какими, к примеру, являются систематические обзоры результатов рандомизированных клинических исследований, но никаких научных доказательств правомерности применения антипсихотиков для устранения влечения к ПАВ авторы не приводят. Более того, данные многих исследований последних лет (здесь приводятся ссылки лишь на два из них) указывают на то, что антипсихотики либо не оказывают благотворного влияния на состояние пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, либо, напротив, способствуют утяжелению болезни и ухудшению ее течения [9, 13].

Важно также принимать во внимание, что "патологическое влечение" не входит в список показаний к применению каких бы то ни было антипсихотиков (с большими оговорками в качестве единственного исключения можно рассматривать тиаприд, перечень показаний к которому включает "алкогольный психоз" и "абстинентный синдром — алкоголизм, наркомания"). В инструкциях к антипсихотическим препара-

татам отсутствует такое показание, как "синдром патологического влечения".

Назначение лекарственного препарата, прием которого может сопровождаться выраженными побочными эффектами и приводить к серьезным осложнениям терапии — в нашем случае антипсихотика — вне официальных показаний, является прямым нарушением действующего законодательства. Насколько этичными следует считать "Федеральные рекомендации...", побуждающие врачей к нарушению федеральных законов?

Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению амнестического синдрома, вызванного употреблением психоактивных веществ

Приведенные в тексте клинические описания соответствуют амнестическому симптомокомплексу, или корсаковского синдрому (психозу)².

Из "Федеральных рекомендаций..." следует, что употребление любого ПАВ может привести к развитию амнестического симптомокомплекса, но это совершенно не соответствует действительности. Было бы интересно взглянуть хотя бы на одного пациента с фиксационной амнезией, возникшей вследствие употребления кокаина. О таких случаях до сих пор не сообщалось, равно как до сих пор не были описаны случаи развития корсаковского синдрома вследствие употребления амфетаминов либо опиоидов. Перечисленные ПАВ попросту не способны вызвать специфическое поражение мозга, приводящее к развитию амнестического расстройства корсаковского типа, однако несуществующие в природе расстройства тем не менее рассматриваются авторами документа.

Употребление ПАВ с выраженными нейротоксическими свойствами — например, летучими ингалянтами — может привести к развитию энцефалопатии с психическими нарушениями органического типа, но возникающий при этом когнитивный дефицит (в тех случаях, когда он возникает) не будет проявляться преимущественным расстройством кратковременной памяти, как это случается при корсаковском психозе, поскольку для развития последнего нужны особые изменения нейрохимии и нейроморфологии.

Для того, чтобы у индивида развился корсаковский синдром, необходима единственная метаболическая причина — дефицит тиамина. Дополнительным условием развития болезни служит особая чувствительность к нехватке тиамина отдельных мозговых зон, поражение которых проявляется расстройствами памяти, и в первую очередь, мамиллярных тел, околотоводопроводного и околожелудочкового

² В мировой психиатрической литературе термины *корсаковский психоз* и *корсаковский синдром* считаются синонимами; в ряде российских источников эти понятия традиционно разграничиваются.

серого вещества, зрительного бугра и гипоталамуса. Упомянутое авторами "Федеральных рекомендаций..." билатеральное поражение коры головного мозга существенной роли в развитии амнезии корсаковского типа не играет, в отличие от таких атрофических процессов, как болезнь Альцгеймера или, к примеру, фронтотемпоральная деменция; по-видимому, именно этим обстоятельством объясняется изолированный характер нарушений памяти при корсаковской болезни без развития истинного слабоумия.

Выраженный дефицит тиамина с развитием корсаковского синдрома возможен при злоупотреблении алкоголем, неукротимой рвоте беременных, серьезных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, нервной анорексии и других состояниях, приводящих к значительному снижению церебрального содержания тиамина, но при употреблении любых количеств кокаина или других наркотиков корсаковский синдром развиться не в состоянии в связи с отсутствием отмеченных выше необходимых причин.

Раздел "Лечение амнестического синдрома" начинается с представления ноотропных средств — лекарственных препаратов, убедительных научных доказательств клинической эффективности которых до сих пор не получено. Явно не соответствует заглавию и общему содержанию анализируемого документа излишне подробное описание фармакологических свойств ноотропных средств, далеко выходящее за пределы вопросов лечения когнитивных расстройств. Подобные особенности "Федеральных рекомендаций..." — здесь приводится лишь единственный из многочисленных примеров несоответствия содержания документов заявленной теме — в значительной степени снижают их качество.

Исключением из приведенного в тексте перечня средств лечения амнестического синдрома служит упомянутый авторами мемантин, эффективность которого в лечении болезни Альцгеймера и некоторых других расстройств доказана корректными научными исследованиями, но данный препарат относится к антагонистам NMDA-рецепторов и не может быть причислен к категории ноотропных средств с преимущественно гипотетическим характером их фармакологических эффектов.

Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению абстинентного синдрома

Описание синдрома отмены алкоголя в таблице 6 трудно признать удачным. В тексте отсутствует четкое перечисление основных — неврологических и вегетативных — проявлений данного состояния, но при этом чрезмерное значение придается пресловутому "синдрому патологического влечения" к алкоголю, что может создать у неподготовленного читателя неверное впечат-

ление о том, что синдром отмены алкоголя как нарушение процессов нейроадаптации, в первую очередь, представляет собой психопатологическую проблему.

Описание психических расстройств у пациентов наркологической клиники подчас носит откровенно инвективный характер, чего уже несколько десятилетий не наблюдается в мировой научной психиатрической литературе.

В тексте ставится вопрос о различии синдрома отмены алкоголя и похмельного состояния, но четкого разграничения этих сопутствующих друг другу, но различных по происхождению и диагностическому значению феноменов — достаточно упомянуть, что первый в МКБ-10 рассматривается в рубрике F (расстройства психики и поведения), а второе относится к рубрике G (неврологические расстройства) — авторами не проведено.

Нельзя признать допустимым отсутствие в документе указания на необходимость неотложной помощи при наличии либо угрозе развития синдрома отмены алкоголя и связи между отсутствием лечения (или неправильном лечении) и развитием осложнений — судорожных состояний и алкогольного делирия.

Предлагаемые авторами "Федеральных рекомендаций..." методы лечения состояний отмены ПАВ резко отличаются от общемировых подходов.

Большое значение в документе придается клиренсовой детоксикации, хотя современные научные данные указывают на то, что интоксикация не играет не то чтобы существенной, а вообще никакой роли в развитии абстинентного синдрома. Единственная причина появления этого синдрома — прекращение поступления вещества или уменьшение его количества. Смягчение состояния отмены ПАВ, в первую очередь, достигается назначением фармакологических аналогов вещества, вызвавшего зависимость; в случае алкоголизма в качестве аналогов этанола выступают бензодиазепины (авторы приводят данные об этом, правда, без ранжирования отдельных препаратов и без учета дифференцированных показаний к их применению) и, в меньшей степени, антиконвульсанты [10, 21].

В таблице 10 среди транквилизаторов бензодиазепинового ряда упомянут зопиклон, представляющий собой снотворное средство и производное циклопиролона. Зопиклон не имеет отношения ни к транквилизаторам, ни к бензодиазепинам, и в основе его влияния на нейротрансмиссию ГАМК лежат иные, чем у бензодиазепинов, механизмы.

Более чем сомнительной представляется рекомендация применения ноотропных средств в лечении состояний отмены ПАВ; кроме того, вызывает недоумение то, что в таблице 12 авторы перечисляют все возможные показания для применения этих лекарственных средств в нарко-

логической клинике, хотя документ посвящен исключительно абстинентному синдрому.

По неясным причинам в разделе, посвященном клонидину, не указана способность данного препарата смягчать не только состояние отмены опиоидов, но и синдром отмены алкоголя, в связи с чем клонидин находит применение в лечении острых алкогольных расстройств.

**Федеральные клинические рекомендации
по диагностике и лечению
абстинентного состояния с делирием,
вызванного употреблением психоактивных веществ**

Патогенез алкогольного делирия, рассматриваемого авторами в качестве модели всех делириев, связанных с употреблением ПАВ, представлен крайне невнятно; впрочем, это относится к соответствующим разделам (и, к сожалению, не только к ним) всех рассматриваемых здесь документов.

В графе "Изменение водно-электролитного баланса" таблицы 6 не упомянут дефицит ионов калия и магния, играющий существенную роль в развитии алкогольного делирия [12, 18]. При этом в перечень включены гиперазотемия, не имеющая никакого отношения к водно-электролитному балансу, а всего лишь способная обнаруживать связь с данным метаболическим нарушением, и ацидоз, который, как следует из базового курса химии, отражает нарушение кислотно-основного равновесия.

Случаи делирия, связанного с отменой кокаина и психостимуляторов, не встречаются в наркологической практике. Клинические описания подобных состояний в научной литературе (равно как в классических учебниках и руководствах по психиатрии) также отсутствуют. Психозы у потребителей указанных ПАВ могут развиваться в период интоксикации, но никак не в связи с состоянием отмены, что объясняется фармакологическими особенностями данных веществ.

Необходимыми метаболическими условиями возникновения делирия как осложнения состояния отмены служат дефицит ГАМК и избыток глутамата, о чем не слишком внятно говорится в начале документа. Именно действием этих факторов объясняется возможность развития делирия при злоупотреблении алкоголем и снотворно-седативными средствами, но не другими ПАВ.

Обсуждение не известных ни ученым, ни практикам патологических состояний в "Федеральных рекомендациях..." способно ввести в заблуждение врачей, настольным пособием в работе которых должны послужить подобного рода официальные документы. Кроме того, у врачей с обширным и продолжительным клиническим опытом появление федеральных клинических руководств, содержащих описания несуществующих расстройств,

не могут не вызвать скептического отношения к ведущим научным институтам, коллективам которых поручено составление этих документов.

Общие замечания и заключение

Авторитетные клинические руководства, за редким исключением, не содержат указаний на концентрацию и объем инъекционного раствора, в отличие от "Федеральных рекомендаций...", предписывающих, к примеру, введение пациенту с судорожными расстройствами "диазепам 0,5%-ный раствор не более 6 мл разово, не более 12 мл в сутки" (*стилистика авторов сохранена — Ю.С.*). В современной научной литературе принято указывать дозы лекарственных препаратов (в миллиграммах) и пути их введения.

Неприемлемо для профессионального текста использование понятий типа *соматическая патология*. Патология — это раздел фундаментальной медицины, изучающей закономерности возникновения, течения и исхода болезней. Взамен термина *соматическая патология* следует говорить о *соматических расстройствах*, или, предпочтительнее, о *поражении внутренних органов*.

Совершенно недопустимо в официальном федеральном медицинском документе разговорная речь, например использованный авторами оборот "так скажем".

Проанализированные тексты отличаются чрезмерным объемом, содержат ненужные для клинической практики, архаичные, а порой откровенно неверные сведения, характеризуются неоднородностью и противоречием отдельных документов между собой.

"Федеральным рекомендациям..." недостает ясности и логичности изложения, их основные положения не соответствуют современным научным представлениям об аддиктивных расстройствах и рациональных подходах к их лечению.

Анализ "Федеральных рекомендаций..." неизбежно приводит к неутешительному выводу об их полной непригодности для клинической практики.

Следует заключить, что "Федеральные рекомендации..." в существующем виде не могут способствовать решению важной государственной задачи эффективного лечения зависимости от алкоголя и других ПАВ, а применение предлагаемых в их текстах лечебных подходов, не имеющих должного научного обоснования, способно причинить существенный вред пациентам наркологической клиники.

Удручающе низкий научный и профессиональный уровень рассмотренных документов заставляет высказать предположение, что, к сожалению, их текст не поддается редактированию.

Состояние здоровья населения Российской Федерации требует создания принципиально новых Федеральных клинических рекомендаций по диагностике и лечению в наркологии, свободных от бремени устаревших теоретических представлений и не имеющих научного обоснования практических подходов. Новые документы должны основываться на современном научном знании, предлагать лечебные методы с доказанной клинической эффективностью, характеризоваться строгой логикой, краткостью и ясностью изложения.

Список литературы

1. Зобин М.Л. Отечественная наркология: 35 лет самостоятельного пути. Неутешительные итоги. <http://www.narcom.ru/publ/info/962>
2. Зобин М.Л. Снижение вреда при алкогольных проблемах: расширение возможностей лечения // Неврологический вестник. — 2014. — №1. — С. 65—73.
3. Крупицкий Е.М. Научнообразно декорированные подходы к терапии в российской наркологии: размышления по поводу статьи М.Л. Зобина "Плацебо-технологии в терапии химических аддикций". Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова, 2014; 114 (5, выпуск 2: "Аддиктивные расстройства"): 89-92.
4. Менделевич В.Д. Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии // Независимый психиатрический журнал. — 2010. — №3. — С. 21—27.
5. Менделевич В.Д., Зобин М.Л. Аддиктивное влечение. — М.: МЕДпресс-информ, 2012. — 264 с.
6. Cowen P., Harrison P., Burns T. Shorter Oxford Textbook of Psychiatry (Sixth Edition). — Oxford: Oxford University Press, 2012. — 818 p.
7. Dawson D.A., Goldstein R.B., Grant B.F. Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: a 3-year follow-up. Alcohol-Clin-Exp-Res, 2007; 31 (12): 2036-2045.
8. Huang B., Dawson D.A., Stinson F.S., et al. Prevalence, correlates, and comorbidity of nonmedical prescription drug use and drug use disorders in the United States: Results of the

National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J-Clin-Psychiatry, 2006; 67 (7): 1062-1073.

9. Kishi T., Sevy S., Chekuri R., Correll C.U. Antipsychotics for primary alcohol dependence: a systematic review and meta-analysis of placebo-controlled trials. J-Clin-Psychiatry, 2013; 74 (7): e642-654.
10. Latt N., Conigrave K., Saunders J.B., et al. Addiction Medicine. — New York, Oxford University Press, 2009. — 459 с.
11. Mendelevich V.D. Bioethic differences between drug addiction treatment professionals inside and outside Russian Federation. Harm-reduction-journal, 2011; 8: 15.
12. Mainerova B., Prasko J., Latalova K., et al. Alcohol withdrawal delirium — diagnosis, course and treatment. Biomed-Pap-Med-Fac-Univ-Palacky-Olomouc-Czech-Repub, 2013 [Epub ahead of print]
13. Mann K. Pharmacotherapy of alcohol dependence: a review of the clinical data. CNS-Drugs, 2004; 18 (8): 485-504.
14. Morales M., Root D.H. Glutamate neurons within the midbrain dopamine regions. Neuroscience, 2014; 282C: 60-68.
15. Moss H.B., Chen C.M., Yi H.Y. Prospective follow-up of empirically derived Alcohol Dependence subtypes in wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol And Related Conditions (NESARC): recovery status, alcohol use disorders and diagnostic criteria, alcohol consumption behavior, health status, and treatment seeking. Alcohol-Clin-Exp-Res, 2010; 34(6): 1073-1083.
16. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression (amended): management of depression in primary and secondary care. 2007. www.nice.org.uk
17. Nutt D., Nestor L.J. Addiction. — Oxford: Oxford University Press, 2013. — 89 p.
18. Perry E.C. Inpatient management of acute alcohol withdrawal syndrome. CNS-Drugs, 2014; 28 (5): 401-410.
19. Semple D., Smyth R. Oxford Handbook of Psychiatry (Third Edition). — Oxford: Oxford University Press, 2013. — 1057 p.
20. Taylor D., Paton C., Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry (Eleventh Edition). — London: Wiley-Blackwell, 2012.
21. Tyrer P., Silk K.R. Effective Treatment in Psychiatry. — New York, Cambridge University Press, 2011. — 563 p.

FEDERAL GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ADDICTION: A CRITICAL ANALYSIS

SIVOLAP Yu.P.

Four of the seven federal guidelines for the diagnosis and treatment of addiction were analyzed. Some main shortcomings of all papers were revealed: symptoms of the diseases do not meet the clinical reality; some of the disorders discussed do not occur in clinical practice; practical recommendations do not correspond to the principles of evidence-based medicine, do not have adequate scientific basis and can cause harm to patients. The conclusion about the unsuitability of the analyzed documents for use in medical practice has been made.

Key words: substance abuse; withdrawal; delirium tremens; Korsakoff's syndrome.