



Клинические рекомендации

**Психические и поведенческие расстройства, вызванные
употреблением алкоголя
Амнестический синдром, вызванный употреблением алкоголя**

Кодирование по Международной статистической
классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **F10.6**

Возрастная группа: **Взрослые**

Год утверждения: **20__** (пересмотр каждые 3 года)

ID: ____

Разработчик клинических рекомендаций

Российское общество психиатров

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Оглавление

Список сокращений	3
Термины и определения	4
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	7
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики	11
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	18
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов	24
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики	26
6. Организация оказания медицинской помощи	27
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	29
8. Критерии оценки качества медицинской помощи	29
Список литературы	30
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций	34
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	35
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата	38
Приложение Б. Алгоритмы действия врача	40
Приложение В. Информация для пациента	41
Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях	44
Приложение Г1. Шкала МоСа	44
Приложение Г2. Алгоритм Наранжо	55

Список сокращений

АД – артериальное давление

АлАТ – аланинаминотрансфераза (alanine aminotransferase)

АсАТ – аспартатаминотрансфераза (aspartate aminotransferase)

АС – амнестический синдром

АТХ – анатомо-терапевтическая характеристика

ГАМК – гамма-аминомасляная кислота

Гамма-ГТ – гамма-глутамилтрансфераза (gamma glutamiltransferase)

ГМ – головной мозг

КГТ – когнитивный тренинг

КТ – компьютерная томография

ЛС – лекарственное средство

Минздрав России – Министерство здравоохранения Российской Федерации

МКБ-10 – международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятый пересмотр

МРТ – магнитно-резонансная томография

НПР – неблагоприятная побочная реакция

НЯ – нежелательные явления

ПАВ – психоактивное вещество

ПВА – патологическое влечение к алкоголю

ПНС – периферическая нервная система

РКИ – рандомизированное клиническое исследование

СЗА – синдром зависимости от алкоголя

УДД – уровень достоверности доказательств

УУР – уровень убедительности рекомендаций

ЦНС – центральная нервная система

ЧДД – частота дыхательных движений

ЧСС – частота сердечных сокращений

GCI – шкала общего клинического впечатления (Clinical Global Impression)

MoCa – Монреальская шкала оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment)

Термины и определения

Амнезия — расстройство памяти, характеризующееся утратой способности сохранять и воспроизводить ранее приобретенные знания.

Амнезия антероградная — утрата воспоминаний о событиях, имевших место после начала заболевания.

Амнезия ретроградная — выпадение из памяти событий, непосредственно предшествующих заболеванию.

Амнезия антероретроградная — сочетание антероградной и ретроградной амнезий.

Амнезия прогрессирующая — постепенное ослабление, а со временем полное и необратимое опустошение всех запасов памяти и приобретенных знаний.

Амнезия фиксационная — потеря способности запоминать, фиксировать текущие события при относительной сохранности памяти на приобретенные в прошлом знания.

Амнестическая дезориентировка — неспособность ориентироваться во времени и окружающем из-за неспособности запомнить место пребывания и текущую дату.

Деменция — глубокое обеднение всей психической деятельности, в первую очередь интеллекта, эмоционально-волевой сферы и индивидуальных личностных особенностей с одновременным ухудшением (вплоть до полной утраты) способности к приобретению новых знаний, их практическому использованию и приспособлению к окружающему.

Гипомнезия (дисмнезия) — патологическое ослабление (но не полная утрата) памяти или отдельных ее компонентов (запоминания, удержания, воспроизведения; эпизодической, семантической памяти).

Когнитивные функции — высшие психические функции: память, внимание, психомоторная координация, речь, гнозис, праксис, счет, мышление, ориентация, планирование и контроль высшей психической деятельности;

Когнитивные нарушения — снижение памяти, умственной работоспособности и других когнитивных функций по сравнению с исходным уровнем (индивидуальной нормой).

Конфабуляции — патологический вымысел, принявший форму воспоминаний («галлюцинации памяти»).

Неблагоприятная побочная реакция (англ. – adverse reaction) – любая непреднамеренная и вредная для организма человека реакция, которая возникает при использовании лекарственного препарата в рекомендуемых дозах с целью профилактики, лечения и диагностики или для изменения физиологической функции и при которой доказана причинно-следственная связь с лекарственным средством.

Парамнезии — группа качественных расстройств памяти, при которых возникают ложные или искаженные воспоминания, а также происходит смешение настоящего и прошлого, реального и воображаемого. Включают: псевдореминисценции, конфабуляции и криптомнезии.

Полиневропатия — множественное поражение периферических нервов, проявляющееся вялыми параличами, нарушениями чувствительности, трофическими и вегетососудистыми расстройствами преимущественно в дистальных отделах конечностей.

Псевдореминисценции — ошибочные воспоминания о действительно происходивших событиях, смещенных во времени («иллюзии памяти»).

Синдром зависимости от алкоголя (англ. – alcohol dependence syndrome) – сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление алкоголя занимает в системе ценностей больного ведущее место. Основной характеристикой синдрома зависимости является желание (часто сильное, иногда непреодолимое) употреблять алкоголь. Является хроническим, прогрессивным заболеванием, обусловленным действием алкоголя как наркотического вещества. Имеет свои характерные симптомы, особенности развития и течения, определенные исходы.

Синдром патологического влечения (психическая зависимость) (англ. – alcohol craving) – это нозологически специфичное для болезней зависимости психопатологическое расстройство, клинически проявляющееся идеаторными (мыслительными), поведенческими, аффективными (эмоциональными), вегетативными и сенсорными нарушениями. К диагностическим критериям синдрома патологического влечения к алкоголю относят: сильную потребность или необходимость принять алкоголь, утрату количественного и ситуационного контроля, продолжение употребления алкоголя, несмотря на очевидные вредные последствия при осознании связи между приемом и последствиями.

Толерантность (лат. – tolerantia, «выносливость, способность переносить») – прогрессирующее ослабление желаемого психотропного эффекта психоактивного вещества (эйфория, успокоение, расслабление и др.), что заставляет больного повышать

дозы и учащать его прием. В основе лежит физиологический механизм адаптации организма к токсическому действию вещества.

Тремор (лат. – tremor, «дрожание») – это ритмические, быстрые сокращения мышц туловища или конечностей непроизвольного характера.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Амнестический синдром (далее – АС), вызванный употреблением алкоголя (англ. alcohol-induced amnestic syndrome) – это расстройство, проявляющееся стойким, нередко необратимым, нарушением кратковременной и/или долговременной памяти, которое в большей степени проявляется в утрате способности к запоминанию нового (фиксационной амнезии и антероградной амнезии) и в меньшей – в снижении памяти на предшествующие заболеванию события (ретроградной амнезии) [1].

Данное определение соответствует термину «Корсаковский синдром» (англ. Korsakoff syndrome).

Определение АС по МКБ-10 [2]: Синдром, связанный с хроническим выраженным нарушением памяти на недавние события: память на отдаленные события иногда нарушается, в то время как непосредственное воспроизведение может сохраняться. Обычно присутствует нарушение чувства времени и порядка событий, в тяжелых случаях ведущее к амнестической дезориентировке, а также способности к усвоению нового материала. Конфабуляции возможны, но не обязательны. Другие познавательные функции обычно сохранены, а дефекты памяти непропорционально велики относительно других нарушений.

Термин «Корсаковский психоз» («Полиневритический психоз» по Корсакову С.С. [3]) входит в данную диагностическую категорию, но помимо описанных психических расстройств подразумевает наличие еще и неврологических нарушений. Такое состояние в иностранной литературе чаще обозначается термином «синдром Вернике-Корсакова» (англ. Wernicke-Korsakoff syndrome), отражая наличие одновременно психиатрической (Корсаковский синдром) и неврологической (энцефалопатия Вернике) патологии [4]. Энцефалопатия Вернике – всегда острое состояние, которое развивается чаще всего после тяжелых алкогольных психозов, и классическая клиническая тетрада представляется параличом взора (офтальмоплегия), связанным с поражением IV пары черепных нервов, нистагмом, мозжечковой атаксией и помрачением сознания (амения) [5]. Исследования указывают на то, что классическая тетрада может быть не представлена полностью или может дополняться другими симптомами, однако наличие нарушения сознания строго противоречит диагностическим критериям АС [5].

Следует понимать, что неспецифические когнитивные нарушения могут наблюдаться при употреблении практически любого психоактивного вещества (далее — ПАВ), но для некоторых из них преобладание нарушений памяти более характерно. К ним относятся: бензодиазепиновые транквилизаторы, другие снотворные и седативные средства, ингалянты и некоторые психостимуляторы [6].

В строгом понимании АС характерен только для алкоголя, так как известен его патогенез и описана четкая клиническая картина. При употреблении других ПАВ правильнее говорить о когнитивных расстройствах различной степени выраженности, так как патогенез их развития отличается от алкогольного АС, а клиническая картина, как правило, включает разнообразные нарушения памяти, внимания, интеллекта, эмоционально сферы и поведения. Провести дифференциальную диагностику в таких случаях весьма сложно, единого мнения в этом вопросе до сих пор не достигнуто. В литературе встречаются упоминания АС, вызванного другими ПАВ, однако эти описания ограничиваются клиническими случаями [7–11] и не позволяют сформировать достаточно точное представление о клинических особенностях, этиологии и лечении таких состояний.

Синонимы: Корсаковский синдром

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Алкогольный АС обусловлен дефицитом тиамина (витамина В₁) в центральной нервной системе (далее - ЦНС), возникающим вследствие алиментарных нарушений, снижения абсорбции тиамина в кишечнике, нарушении фосфорилирования и нарушении транспорта тиамина через гемато-энцефалический барьер [4]. Развитию алкогольного АС чаще всего предшествует развитие энцефалопатии Вернике, в связи с чем зачастую энцефалопатия Вернике рассматривается в качестве «острой фазы» синдрома Вернике-Корсакова, а АС (Корсаковский синдром) в качестве «хронической фазы» [4]. Энцефалопатия Вернике наступает приблизительно спустя 4–6 недель дефицита тиамина и в случае отсутствия адекватного лечения переходит в Корсаковский синдром или психоз [5]. Алкогольный АС характеризуется хроническим течением и даже при адекватной терапии возможны лишь умеренные улучшения [12–14].

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Традиционно считается, что алкогольный АС развивается после тяжелых алкогольных психозов, однако исследователи указывают на то, что во многих случаях

энцефалопатию Вернике ложно принимают за алкогольный делирий, в связи с чем пациент не получает необходимого лечения, что приводит к развитию АС [4,5,15]. По данным European Federation of Neurological Societies (Европейская Федерация Неврологических Сообществ) диагноз «синдром Вернике-Корсакова» в 70% случаев пациентам не устанавливается при жизни, хотя соответствующие изменения обнаруживаются при аутопсии [15]. В популяционном исследовании в Финляндии было установлено, что с 1998 по 2015 годы распространенность АС, вызванного алкоголем, составила 3,7 (3,4 – 3,9) на 100 тыс. населения среди мужчин и 1,2 (1,1 – 1,3) среди женщин. Коэффициент стандартизированной смертности составил 5,67 (5,25 – 6,13), а 10-летняя выживаемость составила 48,3% (44,6 – 51,8) среди мужчин и 62,9% (56,7 – 68,3) среди женщин, и 32,6% смертей были обусловлены алкогольными причинами [16]. В Швейцарии за период с 2012 по 2020 была выявлена схожая распространенность энцефалопатии Вернике, обусловленной алкоголем, равная 5,43 на 100 тыс. населения, внутрибольничная смертность среди этих пациентов составила 3,2%, а развитие Корсаковского синдрома наблюдалось в 16,9% случаев [17].

Данные по распространенности АС в российской популяции не публиковались. Общая заболеваемость синдромом зависимости от алкоголя в 2022 году составила 1167401 человек, что равно 802,0 случаям на 100 тыс. населения, из них алкогольные психозы встречались у 35490 пациентов, что равно 24,4 случаям на 100 тыс. населения [18]. Так как АС зачастую развивается после тяжелых алкогольных психозов по их распространенности можно косвенно судить и о распространенности АС.

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем [2]

F1X.6 – Амнестический синдром (АС) кодируется в соответствии с ПАВ, обусловившим его развитие:

F10.6 – АС, вызванный употреблением алкоголя

Включаются:

- Корсаковский синдром (синоним АС)
- Корсаковский психоз (одна из форм хронической алкогольной энцефалопатии, помимо проявлений АС включает алкогольную периферическую полиневропатию).

Исключается: неалкогольный корсаковский психоз или синдром

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

АС встречается при многих психических заболеваниях и состояниях. Возможными причинами развития АС, кроме употребления алкоголя, являются: расстройства пищевого поведения, гипогликемия, нарушение мозгового кровообращения, нарушение обмена веществ, височная эпилепсия, черепно-мозговые травмы, онкологические заболевания, химиотерапия, хирургические вмешательства, гипоксия (в том числе при попытке повешения или отравлении угарным газом), рассеянный склероз, инфекции, генетические аномалии, которые приводят к формированию дефектных форм транскетолазы [1,4].

В таких случаях (т.е. при неалкогольной этиологии) АС группируют по степени тяжести и выделяют [1]:

Амнестический синдром легкой степени – относительно негрубые нарушения памяти, неточная ориентировка в месте и времени.

Амнестический синдром средней степени – явные нарушения памяти на события прошлого и настоящего, дезориентация в месте и времени, явления ретро- и антероградной амнезии.

Амнестический синдром тяжелой степени – грубые нарушения памяти, ориентировки, выраженная ретро- и антероградная амнезия, возможны конфабуляции.

Учитывая, что диагностические критерии АС алкогольной и неалкогольной этиологии едины, для практических нужд (например, для выбора организационной формы лечения) можно использовать данную градацию, однако следует понимать, что такое разделение носит субъективный характер.

В DSM-5 (Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders Fifth Edition, Диагностическое и статистическое руководство для психических расстройств, 5 пересмотр) [6] АС рассматривается как вариант тяжелого (maior) нейрокогнитивного расстройства и при постановке диагноза рассматривается как коморбидное по отношению к синдрому зависимости заболевание. В свою очередь тяжелое нейрокогнитивное расстройство, вызванное употреблением алкоголя, разделяется на два типа: амнестически-конфабуляторный (amnesic-confabulatory) и неамнестически-конфабуляторный (nonamnesic-confabulatory). Амнестически-конфабуляторный тип соответствует Корсаковскому синдрому, а неамнестически-конфабуляторный проявляется в большем нарушении других когнитивных функций, то есть по сути относящийся к деменции.

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Картина АС представлена нарушением запоминания новой информации и трудностями при воспроизведении прошлого опыта. АС, как правило, проявляется хроническим нарушением запоминания нового и памяти на недавние события. Сознание пациентов ясное, отсутствуют бред и галлюцинации, поведение в целом адекватно окружающей обстановке, настроение чаще безразличное с тенденцией к истощаемости и раздражительности [19,20]. Неспособность к запоминанию может достигать уровня амнестической дезориентировки в самых тяжелых случаях, однако в большинстве случаев пациенты сохраняют способность ориентироваться в знакомой обстановке и выполнять деятельность, которую освоили до развития АС. Нарушение воспроизведения прошлого опыта может сопровождаться появлением ложных воспоминаний (конфабуляций и/или псевдореминисценций), которые легко сформировать, давая пациенту соответствующие «подсказки» о ложных событиях. Конфабуляции возможны, но не обязательны. При АС, помимо памяти, другие когнитивные функции значительно не нарушаются, что отличает АС от деменции [19]. Следует подчеркнуть, что другие познавательные функции обычно либо сохранены, либо дефекты памяти непропорционально велики относительно других нарушений.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Основное значение при постановке диагноза АС имеет клиническая диагностика, состоящая из сбора жалоб, оценки психического статуса, анамнеза и анализа полученных данных. Остальные виды диагностики играют второстепенную роль [4,13,19].

Критерии установления диагноза заболевания/состояния.

АС, вызванный употреблением алкоголя, должен отвечать общим критериям органического АС [2]:

а) наличие нарушения памяти на недавние события (снижение способности к усвоению нового материала); антероградная и ретроградная амнезия, снижение способности к воспроизведению событий прошлого в обратном порядке их возникновения;

б) (критерий «б» не релевантен для АС, вызванного употреблением алкоголя) анамнез или объективные данные, указывающие на наличие инсульта или болезни мозга (особенно вовлекающие билатерально диэнцефальную и средневисочные структуры);

в) отсутствие дефекта в непосредственном воспроизведении информации, внимании и сознании и глобальном интеллектуальном состоянии.

Могут присутствовать также личностные изменения, часто с появлением апатии и потери инициативы (тенденция не заботиться о себе), но они не должны рассматриваться как обязательные для постановки диагноза.

Конфабуляции, отсутствие критики, эмоциональные изменения (апатия, отсутствие инициативы) являются дополнительным, но не обязательным во всех случаях фактором для установления диагноза.

Диагноз «АС, вызванный употреблением алкоголя» может быть установлен при наличии [2]:

А) нарушения памяти, проявляющегося двумя признаками:

1) нарушение запоминания и дефект памяти на недавние события (нарушение усвоения нового материала) в степени, достаточной для того, чтобы вызвать затруднения в повседневной жизни, вплоть до амнестической дезориентировки;

2) сниженная способность к воспроизведению прошлого опыта;

Б) при отсутствии (или относительном отсутствии) следующих признаков:

1) помрачения или угнетения сознания, нарушения внимания, расстройств восприятия, мышления, психомоторного поведения, эмоций и режима сна-бодрствования (такое состояние кодируется в соответствии с критериями F05.X Делирий, не вызванный алкоголем или другими ПАВ)

2) грубого интеллектуального снижения (деменции).

В) Отсутствие объективных данных (физикального и неврологического обследования, лабораторных тестов) и/или анамнестических сведений о заболевании мозга, кроме алкогольной энцефалопатии, которые могли бы обоснованно считаться причиной клинических проявлений, в виде нарушений памяти, описанных выше.

Под АС обычно понимают состояние большей продолжительности, чем интоксикация или алкогольный абстинентный синдром (далее — ААС), в связи с хроническим течением АС. Диагноз АС, вызванный употреблением алкоголя, подразумевает наличие причинно-следственной связи между употреблением алкоголя и развитием АС [2]. АС преимущественно встречается в конечной стадии зависимости от алкоголя, как исход острых энцефалопатий и/или тяжелых алкогольных делириев [7,19] Симптоматика АС может уменьшаться при воздержании от употребления алкоголя.

2.1 Жалобы и анамнез

Жалобы как на психические, так и на соматические нарушения у пациентов с АС могут отсутствовать в связи с наличием фиксационной амнезии [21]. Сбор анамнеза у пациентов с расстройствами памяти также может быть затруднен, в связи с чем необходимо обращаться ко всем доступным источникам информации.

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на АС, вызванный употреблением алкоголя, проводить прием врача-психиатра-нарколога с целью постановки диагноза [19].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

- Рекомендуется у всех пациентов с подозрением на АС, вызванный употреблением алкоголя, для выявления связи между развитием АС и употреблением алкоголя проводить сбор анамнеза из нескольких источников (пациент, родственники, медицинская и иная доступная документация) [19].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: При сборе анамнеза у пациентов с нарушениями памяти следует использовать все доступные источники анамнестических данных в связи с вероятностью отсутствия воспоминаний или наличия искаженных или полностью ложных воспоминаний у пациента [21]. Следует стремиться получить исчерпывающие анамнестические данные о перенесенных и хронических заболеваниях пациента для оценки сопутствующей соматической патологии. Необходимо выявить наличие или отсутствие иных возможных причин для развития АС [2,19].

2.2. Физикальное обследование

Данные физикального обследования не являются специфическими при АС, они позволяют создать ориентиры для определения тяжести состояния пациента. При физикальном обследовании пациентов с АС, вызванным употреблением алкоголя, могут быть обнаружены симптомы неврологических нарушений, сопутствующих соматических заболеваний, дефицит массы тела [15,22–25].

- Рекомендуется у всех пациентов с диагнозом АС, вызванный употреблением алкоголя, с целью оценки тяжести состояния обследовать соматическое состояние: кожные покровы и видимые слизистые, склеры, мышечный тонус, провести пальпацию и перкуссию печени, почек, аускультацию сердца, измерение артериального давления на

периферических артериях, исследование пульса, измерение частоты дыхания, термометрию общую, измерение массы тела, измерение роста [15,19,22–25].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

- **Рекомендуется** у всех пациентов с диагнозом АС, вызванный употреблением алкоголя, с целью оценки наличия и тяжести сопутствующей неврологической патологии, обследовать неврологическое состояние: реакцию зрачков, наличие или отсутствие нистагма, тремора, чувствительную и двигательную сферу при патологии периферической нервной системы (далее – ПНС), статическую и динамическую координацию [15,22–25].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: Соматическое и неврологическое обследование проводится до начала терапии и в процессе проводимого лечения. В первую очередь следует проводить дифференциальную диагностику АС и острой энцефалопатии.

Выявление двух или более из следующих критериев (критерии Кейна) свидетельствует о наличии энцефалопатии Вернике (то есть дефиците тиамина) [4,5,15,22]: глазодвигательные нарушения (офтальмоплегия, нистагм или паралич взгляда), мозжечковые симптомы (атаксия, нарушения походки или другие признаки мозжечковой дисфункции), нарушения питания (индекс массы тела $<18,5$ кг/м², клинические данные, такие как гипоальбуминемия и/или данные о явном нарушении рациона питания), изменения психического статуса (спутанность или делириозное помрачение сознания) и/или нарушение памяти. Кроме этого, пациенты с АС часто страдают от сопутствующей соматической патологии, что требует внимания со стороны врача для предупреждения осложнений.

2.3. Лабораторные диагностические исследования

- **Рекомендуется** всем пациентам с диагнозом АС, вызванный употреблением алкоголя, с целью контроля состояния пациента и оценки безопасности лечения до начала и в процессе лечения проведение лабораторных методов исследования для исключения сопутствующей патологии, а также в качестве дополнительного метода подтверждения хронической алкогольной интоксикации [15,19,22–30]:

1. анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня общего белка в крови, определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови (далее – гамма-

ГТ), определение активности аланинаминотрансферазы в крови (далее – АлАТ), определение активности аспартатаминотрансферазы в крови (далее – АсАТ), исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня билирубина свободного (неконъюгированного) в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня глюкозы в крови, исследование уровня холестерина в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня холестерина липопротеинов высокой плотности крови, исследование уровня липопротеинов низкой плотности крови);

2. общий (клинический) анализ крови (Исследование уровня эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, общего гемоглобина в крови), дифференцированный подсчет лейкоцитов (лейкоцитарная формула), исследование скорости оседания эритроцитов;

3. общий (клинический) анализа мочи (Визуальное исследование мочи: цвет, прозрачность, определение удельного веса (относительной плотности), определение белка в моче, исследование уровня глюкозы в моче, исследование уровня билирубина в моче, исследование уровня уробилиногена в моче, обнаружение кетоновых тел в моче, обнаружение эритроцитов (гемоглобина) в моче)

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: Проведение лабораторной диагностики в дополнение к классическому клиническому обследованию позволяет объективно оценить актуальное состояние пациента, исключить острые состояния, требующие оказания специализированной медицинской помощи, и скрытую органную патологию [19]. Проведение рутинных лабораторных методов исследования в большинстве случаев позволяет косвенно подтвердить хроническое употребление пациентом высоких доз алкоголя: содержание не прямых биомаркеров: АсАТ, АлАТ, гамма-ГТ повышается в ответ на рост частоты и дозы употребления алкоголя. Непрямые биомаркеры имеют достаточно широкий разброс показателей чувствительности/специфичности. Так, АсАт имеет чувствительность/ специфичность 20-80%/50-95%; АлАт – 18-58%/50-57%; гамма-ГТ – 40-60%/80-90% [31–33]. Поэтому для подтверждения именно алкогольного характера поражений чаще используют их в комбинации [33,34].

Хроническое употребление алкоголя не имеет четкого определения ни в законодательных актах, ни в медицинских справочниках. Под данное определение

подходят различные варианты систематического приема алкоголя: от рискованного употребления до сформированной алкогольной зависимости [19].

2.4. Инструментальные диагностические исследования

Инструментальная диагностика при АС, вызванном употреблением алкоголя, носит вспомогательный характер, так как основанием для постановки диагноза является клиническая картина. В сложных случаях и при необходимости дифференциальной диагностики причины развития АС могут быть информативны нейровизуализационные методы (магнитно-резонансная томография (далее – МРТ), компьютерная томография (далее – КТ)).

- **Рекомендуется** всем пациентам с диагнозом АС, вызванный употреблением алкоголя, с целью дифференциальной диагностики АС неалкогольной этиологии при додементной фазе болезни Альцгеймера [26], смешанной деменции, рассеянном склерозе, опухолях проведение нейровизуализации: МРТ/КТ головного мозга [1,8,11,26,35–40].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: *Нейровизуализационные методы позволяют провести дифференциальную диагностику между АС, вызванным употреблением алкоголя, и нарушениями памяти, возникшими в связи с иными причинами [2,19]. Определение этиологии АС необходимо для верной диагностики и выбора лечебной тактики.*

При длительном употреблении алкоголя характерна церебральная атрофия, преимущественно в передних отделах мозга; очаги гиперинтенсивного сигнала в области бледного шара, черного вещества и зубчатого ядра мозжечка (МРТ, режим T1); диффузные гиперинтенсивные сигналы белого вещества полушарий головного мозга (МРТ, режим T2) [41].

Нейродегенерация альцгеймеровского типа характеризуется МР-признаками церебральной атрофии в виде расширения желудочковой системы и субарахноидальных пространств. Выраженность общей корковой атрофии имеет ограниченное диагностическое значение, более специфичным является преобладание атрофических изменений медиальных отделов височной доли (особенно гиппокампа). У более молодых пациентов (при пресенильной БА) атрофия может быть более выраженной в области теменных отделов головного мозга [41–44].

Методы структурной нейровизуализации играют ключевую роль при обследовании пациентов с предполагаемой смешанной деменцией, поскольку позволяют оценить

выраженность как очаговых («сосудистых») (классическими радиологическими маркерами которого являются лакунарные инфаркты в подкорковом белом и сером веществе и гиперинтенсивный сигнал от белого вещества перивентрикулярных и субкортикальных областей («лейкоареоз»), считающийся клинически значимым при распространении не менее чем на 25% белого вещества [45]), так и атрофических изменений, характерных для нейродегенеративных процессов.

При подозрении на рассеянный склероз и новообразования головного мозга следует провести магнитно-резонансную томографию головного мозга с контрастированием в связи с чем предварительно осуществляется консультация врача-невролога для определения показаний [41].

- **Рекомендуется** всем пациентам с АС прием (осмотр) врача-невролога с целью исключения иных причин развития АС и сопутствующей неврологической патологии, а также для определения показаний к проведению нейровизуализации: МРТ/КТ головного мозга [14, 19].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: В связи с высокой частотой неврологической патологии среди пациентов с АС и необходимостью исключения иных причин развития АС консультация врача-невролога является наиболее эффективным способом скрининга [19].

2.5. Иные диагностические исследования

- **Рекомендуется** всем пациентам с АС проводить оценку когнитивных функций с целью исключения общего когнитивного снижения уровня деменции при помощи Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment (MoCA)) [42–44].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 3).

Комментарии: Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA) (Приложение Г1) была разработана как средство быстрой оценки при умеренных когнитивных нарушениях [45]. Она оценивает различные сферы: внимание и концентрацию, управляющие функции, память, язык, зрительно-конструктивные навыки, абстрактное мышление, счет и ориентацию. Время для проведения MoCA составляет примерно 10 минут. Максимально возможное количество баллов - 30; 26 баллов и более считается нормой и свидетельствует об отсутствии нарушений; 25 и менее свидетельствуют о

наличии нарушений [45]. Неспособность справиться с заданиями из категорий внимание, концентрация, управляющие функции, зрительно-конструктивные навыки, абстрактное мышление, счет противоречит диагностическим критериям АС [2]. Русскоязычная версия МоСа теста валидирована для оценки когнитивных функций у пожилых [44]. При оценке диагностических качеств МоСа для популяции пациентов с когнитивными расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, было установлено, что показатель от 24 до 20 баллов говорит о наличии когнитивных нарушений, 20 баллов и ниже по шкале МоСа говорит о АС. При этом, единственным показателем, который статистически значимо отличался в группе АС от группы когнитивных нарушений была память [47]. Также шкала МоСа сравнивалась по чувствительности и специфичности с другой известной когнитивной шкалой MMSE (Mini Mental State Examination) на выборке из 30 пациентов с АС и 30 здоровых добровольцев, где было установлено, что МоСа более точно определяет наличие АС [48]. В существующих систематических обзорах отмечают, что результаты исследований валидности МоСа для оценки когнитивных расстройств, вызванных употреблением ПАВ, согласованны и демонстрируют достаточную точность. Также отмечается, что МоСа позволяет дифференцировано оценивать различные домены когнитивных функций, что является необходимым условием для постановки диагноза АС [42,43,49].

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Лечение АС – комплексный, индивидуальный и длительный процесс, может проводиться в амбулаторных и/или стационарных условиях. Лечение в условиях стационара может потребоваться в случае необходимости уточнения диагноза, острого нарастания когнитивных нарушений, помрачения сознания, возникновения отсутствовавших ранее неврологических или соматических нарушений.

Для пациентов с АС средней и тяжелой степени необходимо предусмотреть круглосуточное медицинское наблюдение [26].

Цель лечения:

- коррекция мнестических расстройств, стабилизация эмоциональной сферы и соматоневрологического состояния, выработка установки на воздержание от приема алкоголя, на продолжительное лечение и реабилитацию [26]. У пациентов с легкой

тяжестью мнестических нарушений и длительным воздержанием от алкоголя возможно частичное восстановление трудоспособности [26].

3.1. Лекарственная терапия

Рандомизированные клинические исследования (далее – РКИ) по лечению АС, вызванного употреблением алкоголя, немногочисленны [50,51]. Протокол лечения АС, связанного с употреблением алкоголя, в настоящее время отсутствует. В литературе существует ряд исследований эффективности ингибиторов ацетилхолинэстеразы (N06DA – Антихолинэстеразные средства), антидепрессантов (N06AB – Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), некоторых стимуляторов (N06BX – Другие психостимуляторы и ноотропные препараты) и клонидина** (C02AC – Агонисты имидазолиновых рецепторов), качество исследований преимущественно низкое, а результаты демонстрируют отсутствие положительного эффекта от применения перечисленных групп препаратов, в связи с чем их применение нецелесообразно [50,51].

Следует понимать, что наиболее важная часть терапии АС — это воздержание от приема алкоголя и других ПАВ [19].

- **Рекомендуется** всем пациентам с АС, вызванным употреблением алкоголя, назначение #мемантина** с целью стабилизации или улучшения когнитивных функций при отсутствии противопоказаний к конкретному препарату [50].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 4).

Комментарии: *Использование #мемантина**, принадлежащего к АТХ-группе «N06DX-Другие препараты для лечения деменции», показано в начальной дозировке 5 мг с повышением на 5 мг еженедельно, до достижения дозировки 20 мг в сутки в течение 12 недель с оценкой клинического эффекта. В исследовании на выборке из 16 пациентов с синдромом Вернике-Корсакова, без уточнения этиологии, у которых применялся #мемантин** в дозировке 20 мг в сутки в течение 28 недель, было выявлено последовательное улучшение состояния по шкале CGI (Clinical Global Impression), данных по другим шкалам в статье не приводится [52]. В другом открытом нерандомизированном исследовании #мемантин** изучали на выборке из 19 пациентов с алкогольной деменцией, со сроком трезвости более 2х месяцев: #мемантин** наращивали еженедельно по 5 мг и начиная с 4 недели пациенты получали 20 мг до 12ой недели, в результате было установлено статистически значимое улучшение по шкале MMSE и улучшение запоминания слов [53]. Другие данные по применению #мемантина***

отсутствуют. Важно отметить, что отмена мексантина после длительного приема, по некоторым данным, может приводить к резкому ухудшению состояния пациентов, в связи с чем прием лекарств должен строго контролироваться [54].

- **Рекомендуется** всем пациентам с АС, вызванным употреблением алкоголя, назначение #тиамина** для лечения состояний, связанных с его дефицитом (энцефалопатия Вернике, периферическая полиневропатия) при отсутствии противопоказаний к конкретному препарату и в соответствии с инструкцией [25,51,55,56].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3).

Комментарии: #Тиамин** принадлежит к АТХ-группе «A11DA – Витамин B1». Несмотря на существующий консенсус [4,9,19] относительно значения тиамина в патогенезе АС, развивающегося в структуре синдрома Вернике-Корсакова, качественные данные об эффективности тиамина для лечения когнитивных нарушений отсутствуют [44–46]. Схема применения #тиамина** зависит от тяжести его дефицита [51,54–57]:

1) всем пациентам с СЗА, так как они находятся в группе риска, назначают #тиамин** в дозировке 100 мг в сутки, внутрь, в том числе в составе витаминных комплексов;

2) пациентам с дефицитом массы тела или данными о недостаточном питании в течении последнего месяца, либо концентрацией #тиамина** в крови менее 170 нмоль/л назначают 250 мг #тиамина** внутривенно или внутримышечно один раз в день в течение 3-5 дней.

3) пациентам с выраженными сомато-неврологическими нарушениями (атаксия, нистагм или офтальмоплегия, спутанность или угнетение сознания, необъяснимая гипотония и гипотермия – такое состояние не соответствует диагностическим критериям АС) и пациентам, перенесшим алкогольный делирий, назначают #тиамин** в дозировке 500 мг три раза в день внутривенно до редукции неврологической симптоматики.

- **Рекомендуется** всем пациентам с АС, вызванным употреблением алкоголя, назначение препаратов АТХ-группы «N06BX — Другие психостимуляторы и ноотропные препараты» с целью стабилизации или улучшения когнитивных функций при отсутствии противопоказаний к конкретным препаратам в соответствии с инструкцией [7, 26]

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: Препараты из группы «N06BX — Другие психостимуляторы и ноотропные препараты», способны оказывать психостимулирующее, антиастеническое, седативное, антидепрессивное, антиэпилептическое, собственно ноотропное, мнемотропное, адаптогенное, вазовегетативное, антипаркинсоническое, антидискинетическое действие, а также они повышают уровень бодрствования и ясность сознания [7]. Возможно использование #аминофенилмасляной кислоты в дозировке 750–1500 мг/сут внутрь, #винпоцетина** 5–10 мг 3 раза в сутки внутрь, гопантеновой кислоты 1500–3000 мг/сут, #никотиноил гамма-аминомасляная кислота в разовой дозе — 20–50 мг внутрь, среднесуточная доза — 40–300 мг, #пирацетам** в разовой дозе — 400–1200 мг внутрь, среднесуточная доза — 2400–3200 мг, #церебролизин (ТН) только парентерально: в/м — 1–5 мл, в/в — 10–60 мл. Курс — ежедневно в течение 4 недель [1,7, 27, 58,59].

- **Рекомендуется** у всех пациентов с АС, вызванным употреблением алкоголя, при развитии психомоторного возбуждения, агрессивности, нарушений поведения, угрозы безопасности пациента или окружающих назначение препаратов из группы N05A — антипсихотические средства при отсутствии противопоказаний к конкретному препарату и в соответствии с инструкцией [60].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 3).

Комментарии: Терапию следует проводить с повышенным вниманием к возможности развития нежелательных и побочных явлений, учитывая особенности фармакокинетики и фармакодинамики препаратов. У пациентов с АС часто встречаются аффективные и поведенческие расстройства, что может приводить к ухудшению комплаенса, опасному поведению, затруднению ухода за пациентами, ухудшению соматического состояния и т.д., что, в свою очередь, повышает риск смерти у таких пациентов [20,21,24,61,62].

Рационально начинать терапию с атипичных антипсихотиков в минимально эффективных дозах: #рисперидона** до 2-4 мг в сутки внутрь или #кветиапина** внутрь 200 мг в сутки [1,26]. РКИ для оценки эффективности и безопасности лечения поведенческих расстройств у пациентов с АС, вызванным употреблением алкоголя, не проводилось. По данным эпидемиологического исследования, включавшего финское население с 1998 по 2015 гг., старше 40 лет с диагностированным синдромом Вернике-Корсакова или алкогольной деменцией было показано, что смертность от отравлений, несчастных случаев, нападений, самоубийств, а также от причин, связанных с

алкоголем, среди пациентов, получавших антипсихотики, была статистически значимо ниже, чем среди тех, кто их не получал [60].

При деменции Альцгеймеровского типа, сосудистой и смешанной деменциях было показано, что антипсихотики имеют умеренную эффективность для снижения возбуждения, однако значительно повышают риск развития НЯ, в том числе повышают риск летального исхода, в связи с чем должны назначаться с осторожностью и с согласия пациента или его законного представителя [63]. Также было показано, что психотические расстройства и возбуждение при деменции носят временный характер, в связи с чем применение антипсихотиков в качестве постоянной терапии не оправдано [63,64].

3.2. Психотерапия

Психотерапевтические методики при АС, вызванном употреблением алкоголя, могут применяться в случае легкой степени тяжести заболевания, так как требуют относительно сохранной способности к запоминанию. В этом случае психотерапия должна быть направлена на формирование мотивации к сохранению трезвости и обучение навыкам совладания с влечением к алкоголю. Принципиальной задачей для психотерапевтических воздействий является поддержание трезвости.

- **Рекомендуется** пациентам с диагнозом АС, вызванный употреблением алкоголя, легкой степени тяжести применение психотерапевтических методов, используемых для всех пациентов с синдромом зависимости от алкоголя (мотивационное интервью, когнитивно-поведенческая терапия) с целью формирования мотивации к сохранению трезвости и обучения навыкам эмоциональной саморегуляции, преодоления влечения и гармоничного образа жизни [19].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

- **Рекомендуется** всем пациентам с диагнозом АС, вызванный употреблением алкоголя, проведение мотивационного интервью с целью оценки возможности включения пациента в реабилитационную программу [19].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

- **Рекомендуется** близким и родственникам пациента с диагнозом АС, вызванный употреблением алкоголя, проведение семейного клинико-психологического

консультирования с целью информирования о характере заболевания, необходимом надзоре, возможных стратегиях лечения и прогнозе [65].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3).

3.3. Оценка эффективности и безопасности лечения

- **Рекомендуется** всем пациентам с диагнозом АС, вызванный употреблением алкоголя, прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога для проведения оценки эффективности лечения в динамике [19].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: Оценка эффективности комплексного лечения проводится, исходя из динамики психопатологических, соматовегетативных и неврологических нарушений у больных с диагнозом АС, вызванный употреблением алкоголя [19].

Критерий эффективности медикаментозного лечения: стабилизация психофизического состояния больного [19].

- **Рекомендуется** проводить оценку частоты возникновения и развития нежелательных явлений в процессе терапии пациентов с диагнозом АС, вызванный употреблением алкоголя, с целью контроля безопасности лечения [19].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: Оценка безопасности и переносимости терапии проводится на всем ее протяжении по частоте возникновения и развития нежелательных явлений (далее – НЯ) (Приложение А3).

НЯ регистрируются по данным:

– спонтанных сообщений пациентов;

– физического осмотра и клинически значимых изменений жизненно важных показателей (АД, ЧСС, ЧДД, температура тела) от исходных значений;

– клинически значимых отклонениям показателей лабораторных анализов и инструментальных методов диагностики от исходных значений.

Связь НЯ с ЛС оценивается по алгоритму Наранжо (Приложение Г2). При возникновении НЯ врачу необходимо зарегистрировать свои действия в первичной документации, к примеру, назначить дополнительные препараты (какие, в какой дозе, на какой период) и др., а также заполнить соответствующую форму (Приложение А3).

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Реабилитационные мероприятия при АС, вызванном употреблением алкоголя, направлены на улучшение когнитивных функций, повышение повседневной эффективности и самостоятельности пациента. Одним из наиболее эффективных способов реабилитации является когнитивный тренинг (далее – КГТ), который представляет собой специальные программы и методики для тренировки памяти, внимания и других когнитивных функций, а также обучение стратегиям компенсации или восстановления утраченных функций [66]. КГТ может быть реализован с помощью специализированных компьютерных программ, либо в формате индивидуального или группового занятия со специалистом.

- **Рекомендуется** всем пациентам с диагнозом АС, вызванный употреблением алкоголя, проведение когнитивного тренинга с целью восстановления когнитивных функций, улучшения повседневного функционирования и повышения самостоятельности [51,67].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 3).

- **Рекомендуется** всем пациентам с диагнозом АС, вызванный употреблением алкоголя, прием (тестирование, консультация) медицинского психолога с целью проведения когнитивного тренинга [19].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: Хорошую эффективность в отношении улучшения рабочей памяти у пациентов с когнитивным снижением, вызванным употреблением алкоголя, в исследованиях продемонстрировали компьютеризированные методы, а для повседневного функционирования демонстрируют эффективность комплексные программы, включающие проблемное (направленное на конкретные навыки) обучение и тренировку рабочей памяти [51,57,67]. В рандомизированном исследовании включавшем 31 ветерана боевых действий с синдромом зависимости от алкоголя и когнитивным снижением, где пациенты из исследуемой группы (15 человек) занимались на компьютерной программе и прослушивали звуковые упражнения по 5 часов в неделю в течение 13 недель, а также

участвовали в трудотерапии по 15 часов в неделю, а контрольная группа участвовала только в трудотерапии было установлено, что показатели вербальной памяти у исследуемых пациентов спустя 3 месяца были значительно выше [68]. Одним из наиболее эффективных методов проблемного обучения является «безошибочное» обучение, которое подразумевает следующие принципы: пошаговое представление какой-либо повседневной задачи и при невозможности пациентом выполнить шаг в течение 2 секунд, специалист дает прямую инструкцию в формате «мы берем эту корзину», «открой коробку», «закрой дверь». Важным отличием от обычного обучения является моментальная инструкция и отказ от комментариев относительно неверных действий.

Результаты изучения «безошибочного обучения», предложенного в Корсаковском центре в Нидерландах, продемонстрировали, что у пациентов с АС проходивших «безошибочное» обучение значительно лучший уровень повседневного функционирования (обучение проходило на примере использования стиральной машины), по сравнению с обучением подразумевавшим возможность ошибки [69]. В этом исследовании пациенты 4 недели проходили обучение и спустя 4 недели после окончания обучения проходили тестирование 6 «контрольных» раз, участвовало по 8 пациентов в основной и контрольной группах. Аналогичный метод применялся для запоминания пути в исследовании с 10 пациентами [70]. Впоследствии этот метод был опробован в исследовании, включавшем 83 пациента с АС, 52 из которых проходили «безошибочное обучение», а 31 – нет, в результате в исследуемой группе были выявлены улучшения в повседневном функционировании, субъективном восприятии качества жизни, а также было установлено уменьшение конфабуляций и аффективных расстройств [71,72]. Также этот метод показал эффективность в исследовании на японской популяции [73]. Как и с другими психотерапевтическими методами, основная сложность оценки вмешательств – невозможность ослепления, в связи с чем интерпретация результатов затруднена. В одном из ранних исследований включавшем комплексный когнитивный тренинг для 5 пациентов с АС и групповые терапевтические сессии с играми, прогулками, обсуждением новостей и социальными активностями для других 5 пациентов с АС, различий между группами выявлено не было и улучшение когнитивных функций было достигнуто в обеих группах [74].

В настоящее время существуют сборники методических рекомендаций с подробными описаниями заданий «Когнитивный тренинг для пациентов с умеренными когнитивными расстройствами» [75] и «Когнитивный тренинг: упражнение интеллекта и речи в пожилом возрасте» [76].

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Диспансерное наблюдение осуществляется в соответствии с Порядком диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ (Приложение А3) [19].

- **Рекомендуется** всем пациентам, находящимся под диспансерным наблюдением с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ, осуществлять осмотр врачом-психиатром-наркологом с целью выявления состояния ремиссии [19].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: Диспансерное наблюдение осуществляется: в течение первого года ремиссии - не реже одного раза в месяц; находящимся в ремиссии от 1 до 2 лет - не реже одного раза в шесть недель; находящимся в ремиссии свыше 2 лет - не реже одного раза в три месяца. Основаниями для прекращения диспансерного наблюдения у пациентов с диагнозом «синдром зависимости» является наличие: подтвержденной стойкой ремиссии не менее трех лет; подтвержденной стойкой ремиссии не менее двух лет при условии самостоятельного обращения пациента за оказанием медицинской помощи по профилю "психиатрия-наркология" и отсутствия возложенной судом обязанности пройти диагностику, профилактические мероприятия, лечение и (или) медицинскую и (или) социальную реабилитацию в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных ПАВ.

- **Рекомендуется** пациентам, диспансерное наблюдение за которыми прекращено в связи с наличием подтвержденной стойкой ремиссии синдрома зависимости, для оценки динамики психического состояния, проведения и оптимизации мероприятий третичной профилактики, направленной на уменьшение негативных последствий употребления алкоголя, предупреждение рецидива заболевания и инвалидности проведение приема (осмотра, консультации) врача-психиатра-нарколога [19].

Комментарии: Частота обращения к врачу-психиатру-наркологу после установления стойкой ремиссии определяется индивидуально лечащим врачом психиатром-наркологом и в среднем составляет один раз в 3–6 месяцев.

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

6. Организация оказания медицинской помощи

- Терапия АС может осуществляться в стационарных (в т.ч. в условиях дневного стационара) и амбулаторных условиях. Длительность лечения определяется динамикой состояния, в случае отсутствия положительной динамики и устойчивом характере расстройств тяжелой степени может потребоваться постоянное наблюдение за пациентом [19,21,62]. Лечение АС средней степени тяжести (нарушения памяти на события прошлого и настоящего, дезориентировка в месте и во времени, признаки ретроградной и антероградной амнезии) и тяжелой степени (беспомощность и опасность для жизни, связанная с амнестической дезориентировкой, неспособность к самообслуживанию; ложные воспоминания) проводится в условиях, предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение. Сроки стационарного лечения до 90 дней [19]. Пациентам с АС средней и тяжелой степени с сохраняющимися свыше 90 дней когнитивными расстройствами, следует обеспечить проведение врачебной комиссии с привлечением врача-невролога и врача-психиатра для решения вопросов:

- дифференциальной диагностики и (или) наличия коморбидной патологии;
- перевода в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях;
- необходимости проведения медико-социальной экспертизы;
- необходимости постановки перед судом вопроса о признании лица недееспособным [19].

- **Рекомендуется** при обращении пациента с АС, вызванным употреблением алкоголя, в медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи выполнить прием (осмотр, консультацию) врачом-психиатром-наркологом [19].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: Предварительный диагноз АС, вызванный употреблением алкоголя, устанавливается в течение первых суток на основании данных клинического обследования. Основной диагноз устанавливается в течение 3-7 суток на основании данных клинического обследования, результатов инструментальных и лабораторных исследований, динамического наблюдения [26].

- **Рекомендуется** при обращении пациента с АС, вызванным употреблением алкоголя, в медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи выполнить прием (осмотр, консультацию) врачом-психиатром [19].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

- **Рекомендуется** пациентам с диагнозом АС, вызванный употреблением алкоголя, тяжелой и средней степени оказание помощи в стационарных условиях, а при легкой степени тяжести – в амбулаторных [1,7].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

6.1. Показания для госпитализации:

При госпитализации пациента с клинической картиной АС, нуждающегося в недобровольной госпитализации, в медицинской документации следует подробно описать психическое состояние пациента, из которого определено возможно будет заключить, что оно соответствует одному из трех критериев недобровольной госпитализации: непосредственная опасность пациента для себя или окружающих, его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Наличие неврологических расстройств, сопровождающих АС, вызванный употреблением алкоголя.

Отсутствие клинического эффекта от проводимой терапии в амбулаторных условиях.

6.2. Показания для амбулаторного лечения:

Наличие АС любой степени тяжести.

6.3. Показания для выписки:

Выписка пациента с диагнозом АС, вызванный употреблением алкоголя, может производиться в случае клинического улучшения состояния пациента с учетом возможности ухода и/или самообслуживания.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Дополнительная информация отсутствует.

8. Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи при АС (код по МКБ-10: F10.6)

№	Критерии качества	Оценка выполнения	
		ДА	НЕТ
1	Выполнен осмотр врачом-психиатром-наркологом		
2	Выполнен осмотр врачом-неврологом		
3	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый		
4	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня общего белка в крови, определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня билирубина свободного (неконъюгированного) в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня глюкозы в крови, исследование уровня холестерина в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня креатинина в крови)		
5	Выполнен общий (клинический) анализ мочи		
6	Начата терапия лекарственными препаратами группы «N06DX Другие препараты для лечения деменции» – мемантином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)		
7	Проведен когнитивный тренинг с целью восстановления когнитивных функций, улучшения повседневного функционирования и повышения самостоятельности пациента		
8	Проведено мотивационное интервью с целью оценки возможности включения пациента в реабилитационную программу		

Список литературы

1. Незнанов Н.Г., Абриталин Е.Ю., Александровский Ю.А. Психиатрия. Национальное руководство / ed. Незнанов Н.Г., Александровский Ю.А. ГЭОТАР-Медиа, 2022. 1–1008 p.
2. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 - F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). / ed. Казаковцева Б.А., Голланд В.Б. Москва: Минздрав России, 1998. 512 p.
3. Корсаков С.С. Курс психиатрии. 2nd ed. типо-литография В.Рихтер, 1901. Vol. 2. 1–480 p.
4. Chandrakumar A., Bhardwaj A., Jong G.W. 't. Review of thiamine deficiency disorders: Wernicke encephalopathy and Korsakoff psychosis // Journal of Basic and Clinical Physiology and Pharmacology. De Gruyter, 2019. Vol. 30, № 2. P. 153–162.
5. Habas E. et al. Wernicke Encephalopathy: An Updated Narrative Review // Saudi J Med Med Sci. 2023. Vol. 11, № 3. P. 193–200.
6. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. Fifth edition, text revision / ed. American Psychiatric Association. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022. 1050 p.
7. Наркология : Национальное руководство / ed. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Винникова М.А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 944 p.
8. Ahlbach C. et al. Amnestic Syndrome and Bilateral Hippocampal Diffusion Abnormalities From Opioid Use // Neurol Clin Pract. 2021. Vol. 11, № 5. P. e801–e802.
9. Duru U.B. et al. An Unusual Amnestic Syndrome Associated With Combined Fentanyl and Cocaine Use // Ann Intern Med. 2018. Vol. 168, № 10. P. 747–748.
10. Brüggemann N. et al. Acute amnestic syndrome due to MDMA exposure // J Neurol. 2016. Vol. 263, № 5. P. 1022–1023.
11. Huang D., Lukas R.V. Complete Bilateral Hippocampal Diffusion Restriction and Reversible Amnesia Following Opiate, Cocaine, and Benzodiazepine Abuse // Cureus. 2021.
12. Westermeyer J.J. et al. Identifying, Assessing, and Treating Korsakoff Syndrome Patients: Updated Perspectives // The Journal of Nervous and Mental Disease. 2021. Vol. 209, № 8. P. 592.
13. Arts N.J., Walvoort S.J., Kessels R.P. Korsakoff's syndrome: a critical review // Neuropsychiatr Dis Treat. 2017. Vol. 13. P. 2875–2890.
14. Popa I. et al. Korsakoff syndrome: An overlook (Review) // Exp Ther Med. 2021. Vol. 22, № 4. P. 1132.
15. Galvin R. et al. EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy // European Journal of Neurology. 2010. Vol. 17, № 12. P. 1408–1418.
16. Palm A. et al. Incidence and mortality of alcohol -related Wernicke Korsakoff syndrome: A nation 2022. Vol. 37, № 8. P. 10.1002/gps.5775.

17. Rasiah R. et al. Hospital Outcomes in Medical Patients With Alcohol-Related and Non-Alcohol-Related Wernicke Encephalopathy // Mayo Clinic Proceedings. Elsevier, 2024. Vol. 99, № 5. P. 740–753.
18. Масыкин А.В. et al. Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, в Москве в 2021-2022 годах. Статистический сборник. Москва: ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», 2024. P. 37.
19. Наркология: национальное руководство. 3-е изд. / ред. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. 848 p.
20. Gerritzen I.J. et al. Neuropsychiatric Symptoms in People With Korsakoff Syndrome and Other Alcohol-Related Cognitive Disorders Living in Specialized Long-Term Care Facilities: Prevalence, Severity, and Associated Caregiver Distress // Journal of the American Medical Directors Association. Elsevier, 2018. Vol. 19, № 3. P. 240–247.
21. Fidler H. et al. Impaired Awareness in People with Severe Alcohol-Related Cognitive Deficits Including Korsakoff's Syndrome: A Network Analysis // J Clin Med. 2023. Vol. 12, № 9. P. 3139.
22. Caine D. et al. Operational criteria for the classification of chronic alcoholics: identification of Wernicke's encephalopathy. // Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. BMJ Publishing Group Ltd, 1997. Vol. 62, № 1. P. 51–60.
23. Novo-Veleiro I. et al. Alcoholic Liver Disease Among Patients with Wernicke Encephalopathy: A Multicenter Observational Study // Drug and Alcohol Dependence. 2022. Vol. 230. P. 109186.
24. van Dam M.J. et al. Health problems and care needs in patients with Korsakoff's syndrome: A systematic review // Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2020. Vol. 27, № 4. P. 460–481.
25. Lin S. et al. Prevalence and Improvement of Caine-Positive Wernicke-Korsakoff Syndrome in Psychiatric Inpatient Admissions // Psychosomatics. 2020. Vol. 61, № 1. P. 31–38.
26. Наркология : Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2020. – 704 с.
27. Наркология: национальное руководство, под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой - 2-е издание перераб и доп. М: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 944 с
28. Интенсивная терапия : Национальное руководство. Краткое издание в 2 томах / под ред. И.Б. Заболотских, Д.Н. Проценко – 3-е издание. – Москва : Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2024. – 544 с.
29. Алкоголизм. Руководство для врачей. Под редакцией Н.Н. Иванца , М.А.Винниковой – М., ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. – 856 с.
30. Клинические и организационные вопросы наркологии/ Под редакцией Кошкиной Е.А. М.: Гениус-Медиа, 2011. – 580 с.
31. Tavakoli H.R., Hull M., Michael Okasinski LT. Review of Current Clinical Biomarkers for the Detection of Alcohol Dependence // Innov Clin Neurosci. 2011. Vol. 8, № 3. P. 26–33.
32. Kalas M.A. et al. Abnormal liver enzymes: A review for clinicians // World J Hepatol. 2021. Vol. 13, № 11. P. 1688–1698.
33. Andresen-Streichert* H. et al. Alcohol Biomarkers in Clinical and Forensic Contexts // Dtsch Arztebl Int. 2018. Vol. 115, № 18. P. 309–315.

34. Cohen S.M., Alexander R.S., Holt S.R. The Spectrum of Alcohol Use: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment // *Med Clin North Am.* 2022. Vol. 106, № 1. P. 43–60.
35. Barash J.A. et al. Opioid-associated amnestic syndrome: Description of the syndrome and validation of a proposed definition // *Journal of the Neurological Sciences.* 2020. Vol. 417. P. 117048.
36. Tsai C. et al. Bilateral Acute Hippocampal Ischemia in Two Patients Abusing Cocaine: What is the Outcome? // *Cureus.* 2022.
37. Todaro D.R. et al. Hippocampal volume loss in individuals with a history of non-fatal opioid overdose // *Addict Biol.* 2023. Vol. 28, № 10. P. e13336.
38. Zahr N.M. Alcohol Use Disorder and Dementia: A Review // *Alcohol Res.* 2024. Vol. 44, № 1. P. 03.
39. Spindler C. et al. A coordinate-based meta-analysis of white matter alterations in patients with alcohol use disorder // *Translational Psychiatry.* Nature Publishing Group, 2022. Vol. 12.
40. Jung Y.-C., Chanraud S., Sullivan E.V. Neuroimaging of Wernicke's Encephalopathy and Korsakoff's Syndrome // *Neuropsychology review.* NIH Public Access, 2012. Vol. 22, № 2. P. 170.
41. Nikiforov I.I. et al. Neurological complications of alcoholism // *RJTAO.* 2017. Vol. 9, № 4. P. 95–100.
42. Ko K.Y. et al. Screening Tools for Cognitive Impairment in Adults with Substance Use Disorders: A Systematic Review // *J Int Neuropsychol Soc.* 2022. Vol. 28, № 7. P. 756–779.
43. Vetrova M.V. et al. Assessment of cognitive functions in individuals with substance use disorder and HIV // *VIČ-infekc. immunosupr.* 2022. Vol. 13, № 4. P. 21–32.
44. Jones L. et al. Informing the development of diagnostic criteria for differential diagnosis of alcohol-related cognitive impairment (ARCI) among heavy drinkers: A systematic scoping review // *PLoS One.* 2023. Vol. 18, № 2. P. e0280749.
45. Nasreddine Z.S. et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment // *J Am Geriatr Soc.* 2005. Vol. 53, № 4. P. 695–699.
46. Freud T. et al. Validation of the Russian Version of the MoCA Test as a Cognitive Screening Instrument in Cognitively Asymptomatic Older Individuals and Those With Mild Cognitive Impairment // *Front Med (Lausanne).* 2020. Vol. 7. P. 447.
47. Wester A. J. et al. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) as a measure of severity of amnesia in patients with alcohol-related cognitive impairments and Korsakoff syndrome. // *Clin. Neuropsychiatry.* 2013. Vol. 3–4, № 10. P. 134–141.
48. Oudman E. et al. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is Superior to the Mini Mental State Examination (MMSE) in Detection of Korsakoff's Syndrome // *The Clinical Neuropsychologist.* 2014. Vol. 28, № 7. P. 1123–1132.
49. Heirene R., John B., Roderique-Davies G. Identification and Evaluation of Neuropsychological Tools Used in the Assessment of Alcohol-Related Cognitive Impairment: A Systematic Review // *Front. Psychol. Frontiers,* 2018. Vol. 9.
50. Mistarz N. et al. Pharmacological enhancing agents targeting cognition in patients with alcohol-induced neurocognitive disorders: A systematic review // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews.* 2021. Vol. 125. P. 608–626.

51. Caballeria E. et al. A systematic review of treatments for alcohol-related cognitive impairment: lessons from the past and gaps for future interventions // *Psychological Medicine*. 2020. Vol. 50, № 13. P. 2113–2127.
52. Rustembegović A. et al. A placebo-controlled study of memantine (Ebixa) in dementia of Wernicke-Korsakoff syndrome // *Med Arh*. 2003. Vol. 57, № 3. P. 149–150.
53. Cheon Y. et al. The effect of 12-week open-label memantine treatment on cognitive functionimprovement in patients with alcohol-related dementia // *Int J Neuropsychopharmacol*. 2008. Vol. 11, № 7. P. 971–983.
54. Parsons C. et al. Withdrawal or continuation of cholinesterase inhibitors or memantine or both, in people with dementia // *Cochrane Database Syst Rev*. 2021. Vol. 2, № 2. P. CD009081.
55. Dingwall K.M. et al. What is the optimum thiamine dose to treat or prevent Wernicke's encephalopathy or Wernicke-Korsakoff syndrome? Results of a randomized controlled trial // *Alcohol Clin Exp Res*. 2022. Vol. 46, № 6. P. 1133–1147.
56. Day E. et al. Thiamine for prevention and treatment of Wernicke-Korsakoff Syndrome in people who abuse alcohol // *Cochrane Database of Systematic Reviews* / ed. Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group. 2013.
57. Pruckner N. et al. Thiamine Substitution in Alcohol Use Disorder: A Narrative Review of Medical Guidelines // *Eur Addict Res*. 2019. Vol. 25, № 3. P. 103–110.
58. Kolykhalov I.V., Androsova L.V., Gavrilova S.I. [Clinical and immunological effects of choline alfoscerate in the treatment of amnestic type Mild Cognitive Impairment] // *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 2022. Vol. 122, № 11. Vyp. 2. P. 59–66.
59. Jeon J, Lee SY, Lee S, et al. Efficacy and safety of choline alphoscerate for amnestic mild cognitive impairment: a randomized double-blind placebo-controlled trial. // *BMC Geriatr*. 2024. Vol. 24 №1 P. 774.
60. Palm A. et al. Antipsychotic Use and Mortality in Persons with Alcohol-Related Dementia or Wernicke–Korsakoff Syndrome: A Nationwide Register Study in Finland // *Journal of Clinical Medicine*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI), 2023. Vol. 12, № 13.
61. Eva L. et al. Neuropsychiatric and Neuropsychological Aspects of Alcohol-Related Cognitive Disorders: An In-Depth Review of Wernicke's Encephalopathy and Korsakoff's Syndrome // *J Clin Med*. 2023. Vol. 12, № 18. P. 6101.
62. Tampi R.R. et al. Antipsychotic use in dementia: a systematic review of benefits and risks from meta-analyses // *Ther Adv Chronic Dis*. 2016. Vol. 7, № 5. P. 229–245.
63. Mühlbauer V. et al. Antipsychotics for agitation and psychosis in people with Alzheimer's disease and vascular dementia // *Cochrane Database of Systematic Reviews* / ed. Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group. 2021. Vol. 2022, № 1.
64. Van Leeuwen E. et al. Withdrawal versus continuation of long-term antipsychotic drug use for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia // *Cochrane Database of Systematic Reviews* / ed. Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group. 2018. Vol. 2022, № 4.
65. Archer M. et al. Community reinforcement and family training and rates of treatment entry: a systematic review // *Addiction*. 2020. Vol. 115, № 6. P. 1024–1037.

66. Науменко А.А., Громова Д.О., Преображенская И.С. Когнитивный тренинг и реабилитация пациентов с когнитивными нарушениями // Доктор.Ру. 2017. № 11 (140). P. 31–38.
67. Caetano T. et al. Cognitive Training Effectiveness on Memory, Executive Functioning, and Processing Speed in Individuals With Substance Use Disorders: A Systematic Review // Front Psychol. 2021. Vol. 12. P. 730165.
68. Bell M.D., Vissicchio N.A., Weinstein A.J. Cognitive Training and Work Therapy for the Treatment of Verbal Learning and Memory Deficits in Veterans With Alcohol Use Disorders // J Dual Diagn. 2016. Vol. 12, № 1. P. 83–89.
69. Oudman E. et al. Acquisition of an instrumental activity of daily living in patients with Korsakoff's syndrome: A comparison of trial and error and errorless learning // Neuropsychological Rehabilitation. 2013. Vol. 23, № 6. P. 888–913.
70. Kessels R.P.C., Van Loon E., Wester A.J. Route learning in amnesia: a comparison of trial-and-error and errorless learning in patients with the Korsakoff syndrome // Clin Rehabil. 2007. Vol. 21, № 10. P. 905–911.
71. Rensen Y.C. et al. The effect of errorless learning on quality of life in patients with Korsakoff's syndrome // Neuropsychiatr Dis Treat. 2017. Vol. 13. P. 2867–2873.
72. Rensen Y.C.M. et al. The effect of errorless learning on psychotic and affective symptoms, as well as aggression and apathy in patients with Korsakoff's syndrome in long-term care facilities // Int Psychogeriatr. 2019. Vol. 31, № 1. P. 39–47.
73. Komatsu S.-I. et al. Errorless and Effortful Processes Involved in the Learning of Face-name Associations by Patients with Alcoholic Korsakoff's Syndrome // Neuropsychological Rehabilitation. Routledge, 2000. Vol. 10, № 2. P. 113–132.
74. Godfrey H.P., Knight R.G. Cognitive rehabilitation of memory functioning in amnesiac alcoholics. // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1985. Vol. 53, № 4. P. 555–557.
75. Преображенская И.С. et al. Когнитивный тренинг для пациентов с умеренными когнитивными расстройствами. Ижевск: ООО "Принт," 2022. 300 p.
76. Пекарска И. et al. Когнитивный тренинг: упражнение интеллекта и речи в пожилом возрасте. Москва: Издательство Перо, 2021. 68 p.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Со-Председатели:

Клименко Татьяна Валентиновна д.м.н., проф.
Крупницкий Евгений Михайлович д.м.н., проф.
Масякин Антон Валерьевич, д.м.н., доцент

Секретарь:

Губанов Георгий Александрович

Состав рабочей группы:

Агибалова Татьяна Васильевна д.м.н.
Аркус Максим Леонидович к.м.н.
Бузик Олег Жанович д.м.н.
Корчагина Галина Александровна д.м.н., проф.
Лобачева Анна Станиславовна к.м.н.
Михайлов Михаил Альбертович д.м.н.
Надеждин Алексей Валентинович к.м.н.
Ненастьева Анна Юрьевна, к.м.н.
Поплевченков Константин Николаевич к.м.н.
Рыбакова Ксения Валерьевна д.м.н.
Тетенова Елена Юрьевна, к.м.н.
Уткин Сергей Ионович, к.м.н.

Авторы:

1. Винникова Мария Алексеевна, доктор медицинских наук, профессор. Российское общество психиатров.
2. Северцев Всеволод Владиславович, кандидат медицинских наук. Российское общество психиатров.

Конфликт интересов: нет

Все члены рабочей группы подтвердили отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов, о которых необходимо сообщить.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врач психиатр-нарколог
2. Врач-психиатр-нарколог участковый
3. Врач психиатр-подростковый
4. Врач психиатр
5. Врач-психиатр участковый
6. Врач психотерапевт

7. Медицинский психолог

При разработке настоящих клинических рекомендаций использованы следующие информационные средства:

- Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 103н (в редакции от 23.06.2020) «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности, включаемой в клинические рекомендации информации» (с изменениями и дополнениями, вступившими в силу 04.08.2020).
- Анализ источников научной литературы и других данных, а также интернет-ресурсов за последние 10 лет:
 - отечественные: руководства для врачей, научные публикации в периодических изданиях, научная электронная библиотека e-library, Государственный Реестр Лекарственных Средств, Регистр лекарственных средств, Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации;
 - зарубежные: Cochrane Library, Medline, MedScape, PubMed, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)
 - Регламентирующие документы Правительства Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации.

При разработке настоящих клинических рекомендаций использовались рейтинговые схемы для оценки уровня достоверности доказательств (1, 2, 3, 4, 5) и уровня убедительности рекомендаций (А, В, С).

Приложение А2.1 – Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от

	исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Приложение А2.2 - Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

Уровни достоверности доказательств (УДД) Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 103н (в редакции от 23.06.2020) «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности, включаемой в клинические рекомендации информации» (с изменениями и дополнениями, вступившими в силу 04.08.2020).	
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований (РКИ) с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна (помимо РКИ) с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Приложение А2.3 - Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

Уровень убедительности рекомендации (УУР) Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 103н (в редакции от 23.06.2020) «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности, включаемой в клинические рекомендации информации» (с изменениями и дополнениями, вступившими в силу 04.08.2020).	
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Приложение А2.4 - Рейтинговая схема оценки уровня убедительности рекомендаций (УРР) для лечебных, реабилитационных, профилактических вмешательств

УУР	Описание
А	Однозначная (сильная) рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Неоднозначная (условная) рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Низкая (слабая) рекомендация – отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации АС, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым клиническим рекомендациям, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

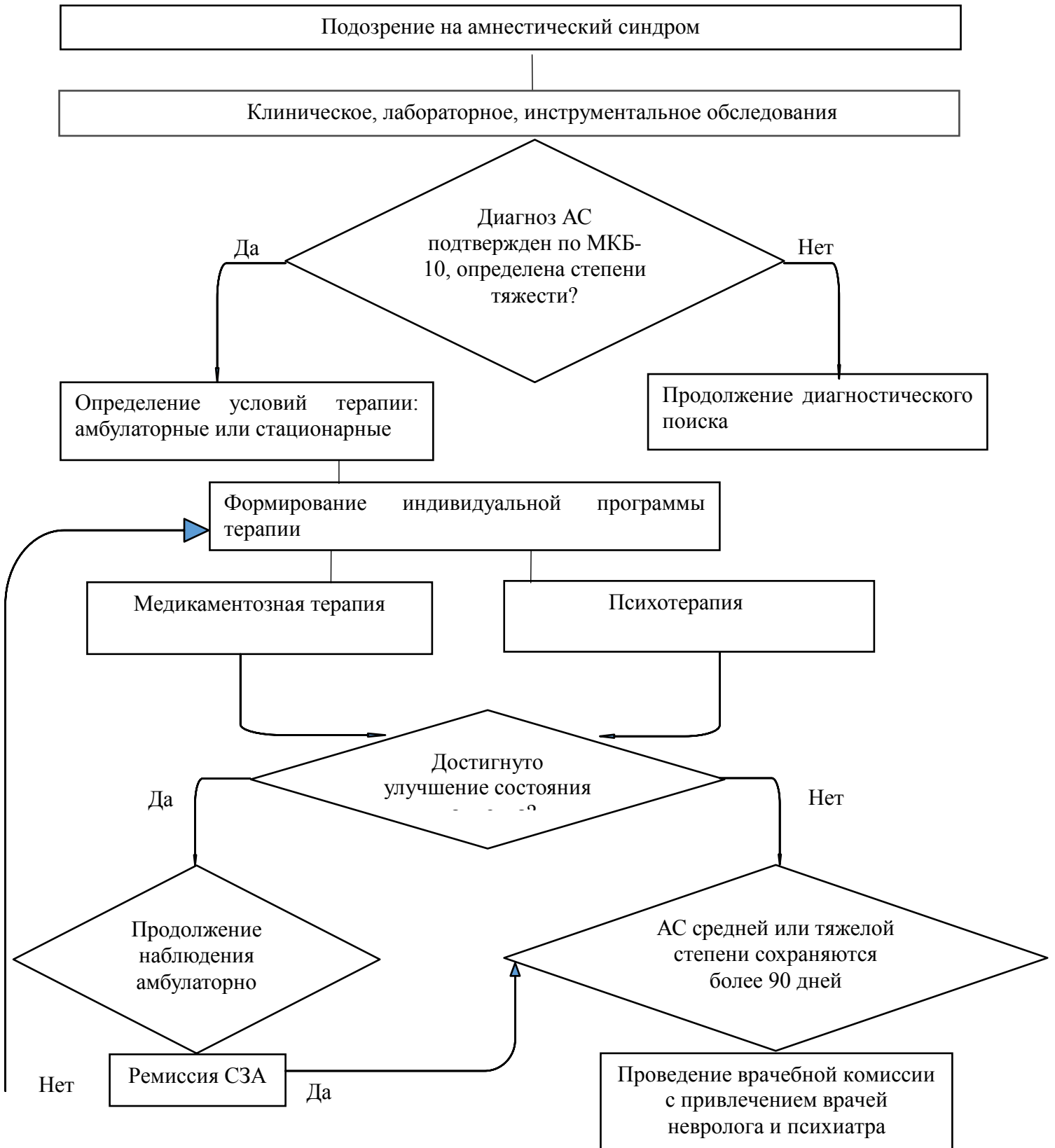
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата

1. Приказ Минздрава России от 30.12.2015 N 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "психиатрия-наркология" и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ» (с изменениями и дополнениями).

2. Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 103н (в редакции от 23.06.2020) «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности, включаемой в клинические рекомендации информации» (с изменениями и дополнениями, вступившими в силу 04.08.2020).

3. Статья 29 Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 04.08.2023) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
4. Приказ Росздравнадзора от 17.06.2024 N 3518 «Об утверждении Порядка фармаконадзора лекарственных препаратов для медицинского применения».

Приложение Б. Алгоритмы действия врача



Приложение В. Информация для пациента

Амнестический синдром – это психическое расстройство, возникающее у людей, которые регулярно, и длительно употребляют алкоголь.

Какие факторы провоцируют развитие амнестического синдрома?

- Длительное и/или систематическое употребление алкоголя.
- Заболевания печени.
- Перенесенный психоз (белая горячка) вследствие употребления алкоголя
- Недостаточное потребление минералов, витаминов (особенно витамина B1), в результате: плохого, неполноценного питания, рвоты, диареи.

Каковы симптомы амнестического синдрома?

Как правило, амнестический синдром развивается после перенесенных тяжелых делириев, но может возникнуть и без тяжелых предшествующих нарушений сознания. Для человека, страдающего от амнестического синдрома, характерна спутанность во временной последовательности событий, сложности при запоминании новой информации, снижение настроения. Он рассказывает о давно прошедших событиях из обыденной жизни или профессиональной деятельности, как будто о только что произошедших (например, пациент, который несколько недель не покидал клинику, говорит, что вчера ездил на дачу, копал, сажал саженцы и т.п.). Иногда наблюдаются фантастические, приключенческие высказывания. Возможны снижение болевой, температурной и тактильной чувствительности на руках и ногах, неустойчивость, шаткость походки. Степень поражения нервов ног может быть различной, от легких нарушений походки до полного нарушения способности самостоятельно передвигаться. Выздоровление, если оно наступает, бывает крайне редко, происходит в течение года от начала психоза, т.е. заболевание непременно переходит в хроническую форму. Чаще формируется выраженное пожизненное нарушение памяти.

Кто может поставить диагноз?

Диагностикой и лечением амнестического синдрома занимаются врачи: психиатры и психиатры-наркологи. Диагностика основывается на выявлении характерных признаков заболевания. Следует обратиться за медицинской помощью, т.к. для подтверждения диагноза необходимо исключить наличие других серьезных заболеваний, которые могут вызывать подобные симптомы.

Лечение и прогноз.

Задачи лечебных мероприятий: коррекция расстройств памяти; улучшение соматического и неврологического состояния, эмоциональной сферы; выработка установки на воздержание от приема алкоголя, длительную терапию алкогольной зависимости, реабилитацию.

Современные лечебные стратегии включают прием лекарств, а также активные методы восстановления умственных функций. Важно, что лекарства имеют в таких ситуациях ограниченную эффективность и не могут восстановить состояние человека до прежнего, доболезненного уровня и огромную роль играют именно немедикаментозные методы, которые позволяют заново обрести утерянные или нарушенные способности.

К сожалению, лечение амнестического синдрома не всегда эффективно. Зачастую пациентам с амнестическим синдромом требуется постоянное сопровождение и помощь даже в бытовых делах. В тяжелых случаях пациент не может в полной мере сам себя обслуживать и нуждается в круглосуточном уходе, а также необходимости признания недееспособности.

Как я могу помочь себе и своему близкому?

1. Отказ от приема алкоголя в любых количествах и видах, включая аптечные настойки.

2. Вовлечение в активный и здоровый образ жизни: соблюдать режим сна и бодрствования, обеспечивать полноценное питание, сохранять физическую активность – все это играет большую роль в восстановлении и сохранении умственных способностей.

3. Источниками витаминов группы В являются: Основной источник витамина В1 – растительная пища: злаки, крупы, отруби, пророщенные зерна, орехи, семена, бобовые. При этом следует помнить, что в отрубях содержится почти в 2 раза больше тиамина, чем в готовых крупах. В мясе, молочных продуктах (свежих и кислых), рыбе, зелени, овощах в среднем находится до 10% суточной нормы В1. Витамин В6 содержится в орехах (фисташки, арахис, фундук), семенах (подсолнечник, кунжут), пшеничных отрубях, чесноке, фасоли, сое, морской рыбе (тунец, лосось, скумбрия, горбуша), сладкий перец. Молочные продукты содержат от 2 до 20% суточной потребности пиридоксина. Витамин В12 содержится только в продуктах животного происхождения: печень, сердце, мясо птицы, морская рыба и морепродукты, яйца.

4. Полностью соблюдать назначения врача и других специалистов, будь то прием препаратов или ежедневные прогулки.

5. При наличии хронических заболеваний сердца, печени, желудка, поджелудочной железы и др. периодически посещать врача с целью проведения необходимых мероприятий по профилактике возможных обострений.

6. При наличии любых жалоб на самочувствие, даже исчезнувших в скором времени, стоит обращаться к врачам: при наличии тремора, шаткости походки, головокружения – к неврологу; при наличии одышки, потливости, утомляемости, отеков – к терапевту; при наличии бессонницы, перепадов настроения, агрессивности – к психиатру и психиатру-наркологу.

7. Использовать упражнения для улучшения умственных функций самостоятельно в любом доступном формате (компьютерные программы, аудио- или видеозаписи, книги и т.п.)

**Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные
инструменты состояния пациента, приведенные в клинических
рекомендациях**

Приложение Г1. Шкала MoCa

Название на русском языке: Монреальская шкала оценки когнитивных функций

Оригинальное название: The Montreal Cognitive Assessment (MoCA-test)

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией):
www.mocatest.org

Freud T. et al. Validation of the Russian Version of the MoCA Test as a Cognitive Screening Instrument in Cognitively Asymptomatic Older Individuals and Those With Mild Cognitive Impairment // Front Med (Lausanne). 2020. Vol. 7. P. 447.

Тип (подчеркнуть): шкала оценки; индекс; вопросник; другое (уточнить): _____

Назначение: выявление (скрининг) и оценка тяжести когнитивного расстройства

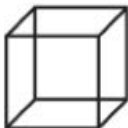
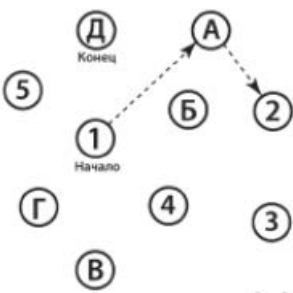

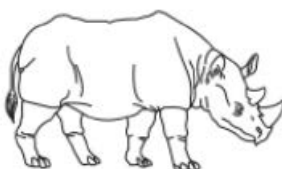
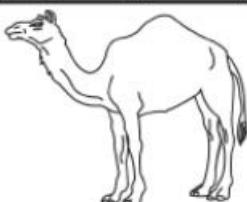
Содержание (шаблон):

Вариант №1

Монреальская шкала оценки когнитивных функций

ИМЯ:
Образование:
Пол:

Дата рождения:
ДАТА:

Зрительно-конструктивные/исполнительные навыки		 Скопируйте куб []		Нарисуйте ЧАСЫ (Десять минут двенадцатого!) (3 балла) [] [] [] Контур Цифры Стрелки		БАЛЛЫ	
 []		[]		[] [] []		___/5	
НАЗЫВАНИЕ							
 []		 []		 []		___/3	
ПАМЯТЬ		Прочтите список слов, испытуемый должен повторить их. Делайте 2 попытки. Попросите повторить слова через 5 минут. [] ЛИЦО [] БАРХАТ [] ЦЕРКОВЬ [] ФИАЛКА [] КРАСНЫЙ Попытка 1 [] [] [] [] [] Попытка 2 [] [] [] [] []					нет баллов
ВНИМАНИЕ		Прочтите список цифр (1 цифра/сек). Испытуемый должен повторить их в прямом порядке. [] 2 1 8 5 4 Испытуемый должен повторить их в обратном порядке. [] 7 4 2 [] ФБАВМНАА ЖКЛБАФАКДЕАААЖАМОФААБ					___/2
Прочтите ряд букв. Испытуемый должен хлопнуть рукой на каждую букву А. Нет баллов при > 2 ошибок.		[]					___/1
Серийное вычитание по 7 из 100.		[] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4-5 правильных отв.: 3 балла, 2-3 правильных отв.: 2 балла, 1 правильный отв.: 1 балл, 0 правильных отв.: 0 баллов.					___/3
РЕЧЬ		Повторите: Я знаю только одно, что Иван – это тот, кто может сегодня помочь. [] Кошка всегда пряталась под диваном, когда собаки были в комнате. [] Боглость речи/ за одну минуту назовите максимальное количество слов, начинающихся на букву П [] _____ (N ≥ 11 слов)					___/2 ___/1
АБСТРАКЦИЯ		Что общего между словами, например, банан-яблоко = фрукты [] поезд - велосипед [] часы - линейка					___/2
ОТСРОЧЕННОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ		Необходимо назвать слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ ЛИЦО [] БАРХАТ [] ЦЕРКОВЬ [] ФИАЛКА [] КРАСНЫЙ [] Баллы только за слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ					___/5
ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПО ЖЕЛАНИЮ		Подсказка категории [] [] [] [] [] Множественный выбор [] [] [] [] []					
ОРИЕНТАЦИЯ		[] Дата [] Месяц [] Год [] День недели [] Место [] Город					___/6

© Z.Nasreddine MD Version 7.1

www.mocatest.org

Норма: 26 / 30

перевод: Посохина О. В.
Смирнова А. Ю.

КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ ___/30
Добавить 1 балл, если образование ≤ 12

Проведено: _____

Альтернативные варианты МоСА-теста (используются при обследовании пациента в динамике, оценка осуществляется аналогично методике, приведенной выше для Варианта №1)

Вариант №2

ЗРИТЕЛЬНО-КОНСТРУКТИВНЫЕ / ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЕ НАВЫКИ					НАРИСУЙТЕ ЧАСЫ (Пять минут пятого) (3 балла)		БАЛЛЫ																		
<p>Скопируйте параллелепипед</p> <p>[] []</p>					<p>[] [] []</p> <p>Контур Цифры Стрелки</p>			___/5																	
<p>НАЗЫВАНИЕ</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> </div> <p>[] [] []</p>								___/3																	
<p>ПАМЯТЬ</p> <p>Прочтите список слов, испытуемый должен повторить их. Делайте 2 попытки. Попросите повторить слова через 5 минут.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>МАШИНА</th> <th>БАНАН</th> <th>ГИТАРА</th> <th>СТОЛ</th> <th>ЗЕЛЁНЫЙ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Попытка 1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Попытка 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Нет баллов</p>									МАШИНА	БАНАН	ГИТАРА	СТОЛ	ЗЕЛЁНЫЙ	Попытка 1						Попытка 2					
	МАШИНА	БАНАН	ГИТАРА	СТОЛ	ЗЕЛЁНЫЙ																				
Попытка 1																									
Попытка 2																									
<p>ВНИМАНИЕ</p> <p>Прочтите список цифр (1 цифра/сек). Испытуемый должен повторить их в прямом порядке. [] 3 2 9 6 5</p> <p>Испытуемый должен повторить их в обратном порядке. [] 8 5 2</p> <p>___/2</p>																									
<p>Прочтите ряд букв. Испытуемый должен хлопнуть рукой на каждую букву А. Нет баллов при ≥ 2 ошибок.</p> <p>[] Ф Б А В М Н А А Ж К Л Б А К Д Е А А А Ж А М О Ф А А Б</p> <p>___/1</p>																									
<p>Серийное вычитание по 7 из 90.</p> <p>[] 83 [] 76 [] 69 [] 62 [] 55</p> <p>4–5 правильных отв.: 3 балла, 2–3 правильных отв.: 2 балла, 1 правильный отв.: 1 балл, 0 правильных отв.: 0 баллов.</p> <p>___/3</p>																									
<p>РЕЧЬ</p> <p>Повторите: Птица может удариться в закрытое окно, когда на улице темно и ветрено. []</p> <p>Заботливая бабушка прислала гостинцы больше недели назад. []</p> <p>Беглость речи/ за одну минуту назовите максимальное количество слов, начинающихся на букву С [] _____ (N ≥ 11 слов)</p> <p>___/2</p>																									
<p>АБСТРАКЦИЯ</p> <p>Что общего между словами, например, морковь – картофель = овощи [] бриллиант – рубин [] пушка – ружьё</p> <p>___/2</p>																									
<p>ОТСРОЧЕННОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Необходимо назвать слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ</th> <th>МАШИНА</th> <th>БАНАН</th> <th>ГИТАРА</th> <th>СТОЛ</th> <th>ЗЕЛЁНЫЙ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> </tbody> </table> <p>Баллы только за слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ</p> <p>___/5</p>								Необходимо назвать слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ	МАШИНА	БАНАН	ГИТАРА	СТОЛ	ЗЕЛЁНЫЙ		[]	[]	[]	[]	[]						
Необходимо назвать слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ	МАШИНА	БАНАН	ГИТАРА	СТОЛ	ЗЕЛЁНЫЙ																				
	[]	[]	[]	[]	[]																				
<p>ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПО ЖЕЛАНИЮ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Подсказка категории</th> <th>Множественный выбор</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								Подсказка категории	Множественный выбор																
Подсказка категории	Множественный выбор																								
<p>ОРИЕНТАЦИЯ</p> <p>[] Дата [] Месяц [] Год [] День недели [] Место [] Город</p> <p>___/6</p>																									
<p>© Z.Nasreddine MD www.mocatest.org Норма ≥ 26 / 30</p> <p>Проведено: _____</p> <p>КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ ___/30</p> <p>Добавить 1 балл, если образование ≤ 12</p>																									

Вариант №3

ЗРИТЕЛЬНО-КОНСТРУКТИВНЫЕ / ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЕ НАВЫКИ						НАРИСУЙТЕ ЧАСЫ (Десять минут десятого) (3 балла)		БАЛЛЫ																			
<p>Скопируйте цилиндр</p>									<input type="checkbox"/> /5																		
<p>Начало</p> <p>Конеч</p>						<input type="checkbox"/> Контур <input type="checkbox"/> Цифры <input type="checkbox"/> Стрелки																					
НАЗЫВАНИЕ																											
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/> /3																		
ПАМЯТЬ			Прочтите список слов, испытуемый должен повторить их. Делайте 2 попытки. Попросите повторить слова через 5 минут.			<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ПОЕЗД</th> <th>ЯЙЦО</th> <th>ШЛЯПА</th> <th>СТУЛ</th> <th>СИНИЙ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Попытка 1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Попытка 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				ПОЕЗД	ЯЙЦО	ШЛЯПА	СТУЛ	СИНИЙ	Попытка 1						Попытка 2						Нет баллов
	ПОЕЗД	ЯЙЦО	ШЛЯПА	СТУЛ	СИНИЙ																						
Попытка 1																											
Попытка 2																											
ВНИМАНИЕ			Прочтите список цифр (1 цифра/сек). Испытуемый должен повторить их в прямом порядке. <input type="checkbox"/> 5 4 1 8 7 Испытуемый должен повторить их в обратном порядке. <input type="checkbox"/> 1 7 4			<input type="checkbox"/> /2																					
Прочтите ряд букв. Испытуемый должен хлопнуть рукой на каждую букву А. Нет баллов при ≥ 2 ошибок.			<input type="checkbox"/> Ф Б А В М Н А А Ж К Л Б А К Д Е А А А Ж А М О Ф А А Б			<input type="checkbox"/> /1																					
Серийное чтение по 7 из 80.			<input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 45			<input type="checkbox"/> /3																					
4-5 правильных отв.: 3 балла, 2-3 правильных отв.: 2 балла, 1 правильный отв.: 1 балл, 0 правильных отв.: 0 баллов.																											
РЕЧЬ			Повторите: Ей сказали, что его юрист подал заявление в суд после аварии. <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> /2																					
У маленьких девочек, которым дали слишком много конфет, заболели животы. <input type="checkbox"/>																											
Беглость речи/ за одну минуту назовите максимальное количество слов, начинающихся на букву Б <input type="checkbox"/> ____ (N ≥ 11 слов)						<input type="checkbox"/> /1																					
АБСТРАКЦИЯ			Что общего между словами, например, банан – апельсин = фрукты <input type="checkbox"/> глаз – ухо <input type="checkbox"/> труба – пианино			<input type="checkbox"/> /2																					
ОТСРОЧЕННОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ			Необходимо назвать слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ			<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ПОЕЗД</th> <th>ЯЙЦО</th> <th>ШЛЯПА</th> <th>СТУЛ</th> <th>СИНИЙ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>				ПОЕЗД	ЯЙЦО	ШЛЯПА	СТУЛ	СИНИЙ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Баллы только за слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ	<input type="checkbox"/> /5					
	ПОЕЗД	ЯЙЦО	ШЛЯПА	СТУЛ	СИНИЙ																						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПО ЖЕЛАНИЮ			Подсказка категории																								
Множественный выбор																											
ОРИЕНТАЦИЯ			<input type="checkbox"/> Дата <input type="checkbox"/> Месяц <input type="checkbox"/> Год <input type="checkbox"/> День недели <input type="checkbox"/> Место <input type="checkbox"/> Город			<input type="checkbox"/> /6																					
© Z.Nasreddine MD			www.mocatest.org			Норма ≥ 26 / 30																					
Проведено: _____			КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ <input type="checkbox"/> /30			Добавить 1 балл, если образование ≤ 12																					

Ключ (интерпретация):

Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСА-тест) была разработана как средство быстрой оценки при УКР. Она оценивает различные когнитивные сферы: внимание и концентрацию, управляющие функции, память, язык, зрительно-конструктивные навыки, абстрактное мышление, счет и ориентацию. Время для проведения МоСА-теста составляет примерно 10 минут. Максимально возможное количество баллов - 30; 26 баллов и более считается нормальным. 25 и менее свидетельствуют о наличии когнитивных нарушений.

1. Создание альтернирующего пути: Исследователь инструктирует испытуемого: «Пожалуйста, нарисуйте линию, идущую от цифры к букве в возрастающем порядке. Начните здесь [указать на (1)] и нарисуйте линию от 1, затем к А, затем к 2 и так далее. Закончите здесь [точка (Д)]».

Оценка: Присваивается один балл, если испытуемый успешно нарисует линию следующим образом: 1-А-2-Б-3-В-4-Г-5-Д, без пересечения линий. Любая ошибка, которая немедленно не исправлена самим испытуемым, приносит 0 баллов.

2. Зрительно-конструктивные навыки (Куб):

Применение: Исследователь дает следующие инструкции, указывая на куб: «Скопируйте этот рисунок так точно, как можете, на свободном месте под рисунком».

Оценка: Один балл присваивается при точно выполненном рисунке:

- Рисунок должен быть трехмерным;
- Все линии нарисованы;
- Нет лишних линий;
- Линии относительно параллельны, и их длина одинакова (прямоугольная призма допускается).

Балл не дается, если любой из вышеперечисленных критериев не соблюдается.

3. Зрительно-конструктивные навыки (Часы):

Применение: Укажите на правую треть свободного пространства на бланке и дайте следующие инструкции: «Нарисуйте часы. Расставьте все цифры и укажите время 10 минут 12-го».

Оценка: Один балл присваивается для каждого из трех следующих пунктов:

- Контур (1 балл): Циферблат должен быть круглым, допускается лишь незначительное искривление (т.е. легкое несовершенство при замыкании круга);

- Цифры (1 балл): все цифры на часах должны быть представлены, без дополнительных чисел; цифры должны стоять в правильном порядке и быть размещены в соответствующих квадрантах на циферблате; римские цифры допускаются; цифры могут быть расположены вне контура циферблата;

- Стрелки (1 балл): должно быть две стрелки, совместно показывающие правильное время; часовая стрелка должна быть очевидно короче, чем минутная стрелка; стрелки должны быть расположены в центре циферблата, с их соединением близко к центру.

Балл не присваивается для данного пункта, если любой из вышеперечисленных критериев не соблюдается.

4.Называние:

Применение: Начиная слева, указать на каждую фигуру и сказать: «Назовите это животное».

Оценка: один балл присваивается для каждого из следующих ответов: (1) верблюд или одногорбый верблюд, (2) лев, (3) носорог.

5. Память:

Применение: Исследователь читает список из 5 слов с частотой одно слово в секунду, следует дать следующие инструкции: «Это тест на память. Я буду вам читать список слов, которые вы должны будете запомнить. Слушайте внимательно. Когда я закончу, назовите мне все слова, которые Вы запомнили. Не важно, в каком порядке вы их назовете». Делайте отметку в отведенном месте для каждого слова, когда испытуемый его называет при первой попытке. Когда испытуемый укажет, что он закончил (назвал все слова), или не может вспомнить больше слов, прочтите список во второй раз со следующими инструкциями: «Я прочту те же самые слова во второй раз. Попытайтесь запомнить и повторить столько слов, сколько сможете, включая те слова, которые вы повторили в первый раз». Поставьте отметку в отведенном месте для каждого слова, которое испытуемый повторит при второй попытке. конце второй попытки проинформируйте

испытуемого, что его(ее) попросят повторить данные слова: «Я попрошу вас повторить эти слова снова в конце теста».

Оценка: баллов не дается ни для первой, ни для второй попыток.

6. Внимание:

Прямой цифровой ряд:

Применение: Дайте следующие инструкции: «Я назову несколько чисел, и когда я закончу, повторите их в точности, как я их назвал». Прочтите пять чисел последовательно с частотой одно число в секунду.

Обратный цифровой ряд:

Применение: Дайте следующие инструкции: «Я назову несколько чисел, но когда я закончу, вам будет необходимо повторить их в обратном порядке». Прочтите последовательность из трех чисел с частотой одно число в секунду.

Оценка: Присвоить один балл за каждую точно повторенную последовательность (N.B.: точный ответ для обратного счета 2-4-7).

Бдительность:

Применение: Исследователь читает список букв с частотой одна буква в секунду, после следующих инструкций: «Я прочту вам ряд букв. Каждый раз, когда я назову букву А, хлопните рукой один раз. Если я называю другую букву, рукой хлопать не нужно».

Оценка: Один балл присваивается, если нет ни одной ошибки, либо есть лишь одна ошибка (ошибкой считается, если пациент хлопает рукой при назывании другой буквы или не хлопает при назывании буквы А).

Серийное вычитание по 7:

Применение: Исследователь дает следующие инструкции: «Теперь я попрошу вас из 100 вычесть 7, а затем продолжать вычитание по 7 из вашего ответа, пока я не скажу стоп». При необходимости, повторите инструкцию.

Оценка: Данный пункт оценивается в 3 балла. Присваивается 0 баллов при отсутствии правильного счета, 1 балл за один правильный ответ, 2 балла за два-три правильных ответа и 3 балла, если испытуемый дает четыре или пять правильных ответов. Считайте каждое правильное вычитание по 7, начиная со 100. Каждое вычитание оценивается независимо; так, если участник дает неправильный ответ, но затем продолжает точно вычитать по 7 из него, дайте балл за каждое точное вычитание. Например, участник может отвечать «92-85-78-71-64», где «92» является неверным, но все последующие значения вычитаются правильно. Это одна ошибка, и в данном пункте присваивается 3 балла.

7. Повторение фразы:

Применение: Исследователь дает следующие инструкции: «Я прочту вам предложение.

Повторите его, в точности как я скажу (пауза): Я знаю то, что Иван единственный, кто может сегодня помочь». Вслед за ответом скажите: «Теперь я прочту Вам другое предложение. Повторите его, в точности как я скажу (пауза): Кошка всегда пряталась под диваном, когда собаки были в комнате».

Оценка: Присвойте 1 балл за каждое правильно повторенное предложение. Повторение должно быть точным. Внимательно слушайте в поиске ошибок вследствие пропусков слов (например, пропуск «лишь», «всегда») и замены/добавления (например, «Иван один, кто помог сегодня»; замещение «прячется» вместо «пряталась», употребление множественного числа и т.д.).

8. Беглость речи:

Применение: Исследователь дает следующие инструкции: «Назовите мне как можно больше слов, начинающихся на определенную букву алфавита, которую я вам сейчас скажу. Вы можете называть любой вид слова, за исключением имен собственных (таких как Петр или Москва), чисел или слов, которые начинаются с одинакового звука, но имеют различные суффиксы, например любовь, любовник, любить. Я остановлю вас через

одну минуту. Вы готовы? (Пауза) Теперь назовите мне столько слов, сколько сможете придумать, начинающихся на букву С. (Время 60 сек). Стоп».

Оценка: Присваивается один балл, если испытуемый назовет 11 слов или более за 60 сек. Запишите ответы внизу или сбоку страницы.

9. Абстракция:

Применение: Исследователь просит испытуемого объяснить, что общего имеется у каждой пары слов, начиная с примера: «Скажите, что общего имеется между апельсином и яблоком». Если пациент отвечает конкретным образом, скажите еще лишь один раз: «Назовите, чем еще они похожи». Если испытуемый не дает правильный ответ (фрукт), скажите, «Да, а еще они оба – фрукты». Не давайте никаких других инструкций или пояснений.

После пробной попытки, скажите: «А теперь скажите, что общего между поездом и велосипедом». После ответа, дайте второе задание, спросив: «Теперь скажите, что общего между линейкой и часами». Не давайте никаких других инструкций или подсказок.

Оценка: Учитываются только две последние пары слов. Дается 1 балл за каждый правильный ответ.

Правильными считаются следующие ответы:

Поезд-велосипед = средства передвижения, средства для путешествия, на обоих можно ездить;

Линейка-часы = измерительные инструменты, используются для измерения.

Следующие ответы не считаются правильными:

Поезд-велосипед = у них есть колеса;

Линейка-часы = на них есть числа.

10. Отсроченное воспроизведение:

Применение: Исследователь дает следующие инструкции: «Я Вам ранее читал ряд слов и просил Вас их запомнить. Назовите мне столько слов, сколько можете вспомнить». Делайте пометку за каждое правильно названное без подсказки слово в специально отведенном месте.

Оценка: Присваивается 1 балл за каждое названное слово без каких-либо подсказок.

По желанию: После отсроченной попытки вспомнить слова без подсказки, дайте испытуемому подсказку, в виде семантического категориального ключа для каждого неназванного слова. Сделайте отметку в специально отведенном месте, если испытуемый вспомнил слово с помощью категориальной подсказки или подсказки множественного выбора. Подскажите таким образом все слова, которые испытуемый не назвал. Если испытуемый не назвал слово после категориальной подсказки, следует дать ему/ей подсказку в форме множественного выбора, используя следующие инструкции: «Какое из слов, по вашему мнению, было названо НОС, ЛИЦО или РУКА?» Используйте следующие категориальные подсказки и/или подсказки множественного выбора для каждого слова:

ЛИЦО категориальная подсказка: часть тела; множественный выбор: нос, лицо, рука

БАРХАТ категориальная подсказка: тип ткани; множественный выбор: джинс, хлопок, бархат

ЦЕРКОВЬ категориальная подсказка: тип здания; множественный выбор: церковь, школа, больница

ФИАЛКА категориальная подсказка: тип цветка; множественный выбор: роза, тюльпан, фиалка

КРАСНЫЙ категориальная подсказка: цвет; множественный выбор: красный, синий, зеленый

Оценка: За воспроизведение слов с подсказкой баллы не даются. Подсказки используются лишь для информационных клинических целей и могут дать интерпретатору теста дополнительную информацию о типе нарушения памяти. При нарушении памяти вследствие нарушения извлечения, выполнение улучшается при помощи подсказки. При

нарушениях памяти вследствие нарушения кодирования, выполнение теста после подсказки не улучшается.

11. Ориентация:

Применение: Исследователь дает следующие инструкции: «Назовите мне сегодняшнюю дату». Если испытуемый не дает полный ответ, то дайте соответствующую подсказку: «Назовите (год, месяц, точную дату и день недели)». Затем скажите: «А теперь, назовите мне данное место, и город, в котором оно находится».

Оценка: присваивается один балл за каждый правильно названный пункт. Испытуемый должен назвать точную дату и точное место (название больницы, клиники, поликлиники). Не присваивается балл, если пациент делает ошибку в дне недели или дате.

Общий балл: Суммируются все баллы в правой колонке. Добавить один балл, если у пациента 12 лет образования или менее, до возможного максимума 30 баллов.

Пояснения: нет

Приложение Г2. Алгоритм Наранжо

Название на русском языке: Алгоритм Наранжо для оценки причинно-следственной связи «неблагоприятные побочные реакции (далее – НПР) – лекарство»

Оригинальное название: Naranjo algorithm

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Naranjo C.A., Busto U., Sellers E.M., et al. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. Clinical Pharmacology and Therapeutics. 1981; 30(2):239-245. DOI: [10.1038/clpt.1981.154](https://doi.org/10.1038/clpt.1981.154)

Тип (подчеркнуть): шкала оценки; индекс; вопросник; другое (уточнить): _____

Назначение: Алгоритм Наранжо используется для оценки достоверности связи между лекарством и нежелательной побочной реакцией. Данный вопросник при определении степени достоверности взаимосвязи «лекарство – НПР» ориентирован на получение конкретных ответов, оцениваемых в баллах. Определенное число баллов соответствует определенной степени достоверности.

Содержание (шаблон):

№№	Вопросы	Да	Нет	Неизвестно
1	Были ли ранее достоверные сообщения об этой НПР?	+1	0	0
2	НПР возникла после введения (приема) подозреваемого лекарства?	+2	-1	0
3	Улучшилось ли состояние испытуемого (проявления НПР) после прекращения приема препарата или после введения специфического антидота?	+1	0	0
4	Возобновилась ли НПР после повторного введения препарата?	+2	-1	0
5	Есть ли еще причины (кроме подозреваемого лекарства), которые могли вызвать НПР?	-1	+2	0
6	Было ли лекарство обнаружено в крови (или других жидкостях) в концентрациях, известных как токсические?	+1	0	0
7	Была ли НПР более тяжелой после увеличения дозы и менее тяжелой после ее уменьшения?	+1	0	0
8	Отмечал ли испытуемый аналогичную реакцию на то же или подобное лекарство при прежних его приемах?	+1	0	0
9	Было ли НПР подтверждено объективно?	+1	0	0
10	Отмечалось ли повторение НПР после назначения плацебо?	-1	+1	0

Ключ (интерпретация):

Категории степеней достоверности взаимосвязи «НПР–лекарство» по шкале Наранжо в результате ответов на 10 вопросов определяются как:

Баллы	Категории степеней достоверности взаимосвязи «НПР–лекарство»
0	сомнительная
1–4	возможная
5–8	вероятная
9 и более баллов	определенная

Пояснения: нет