



Клинические рекомендации

**Диагностика и лечение амнестического синдрома,  
вызванного употреблением психоактивных веществ**

МКБ 10:F 10.6, F 11.6, F 12.6, F 13.6, F 14.6,  
F 15.6, F 16.6, F 18.6, F 19.6

Год утверждения (частота пересмотра): **2018 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: \_\_\_\_

URL:

Профессиональные ассоциации:

- Ассоциация наркологов (Профессиональное сообщество врачей-наркологов)

**Утверждены**

Российской Ассоциацией \_\_\_\_\_

**Согласованы**

Научным советом Министерства  
Здравоохранения Российской Федерации

\_\_\_\_\_ 201\_ г.

## Оглавление

Ключевые слова.....	3
Список сокращений .....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация .....	7
2. Диагностика.....	Ошибка! Закладка не определена.10
3. Лечение .....	14
4. Реабилитация и диспансерное наблюдение.....	Ошибка! Закладка не определена.17
5. Профилактика.....	Ошибка! Закладка не определена.19
6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания	
Критерии качества оценки медицинской помощи .....	20
Список литературы.....	Ошибка! Закладка не определена.21
Приложение А1. Состав рабочей группы .....	Ошибка! Закладка не определена.31
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	342
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента.....	35
Приложение В. Информация для пациента .....	36

## Ключевые слова

- Алкоголь
- Амнестический синдром
- Когнитивное расстройство
- Корсаковский синдром (психоз)
- Синдром Вернике-Корсакова
- Психоактивные вещества (ПАВ)

## Список сокращений

АД – артериальное давление

АС – амнестический синдром

АлАТ – аланинаминотрансфераза (alanine aminotransferase)

АсАТ – аспаратаминотрансфераза (aspartate aminotransferase)

ВКС – синдром Вернике-Корсакова

ГГТ – гамма-глутамилтрансфераза (gamma glutamiltransferase)

КС – Корсаковский синдром

КПТ – когнитивно-поведенческая терапия

МКБ-10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра

ПАВ – психоактивное вещество

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЧСС – частота сердечных сокращений

ЭКГ – электрокардиограмма

Эхо-ЭГ – эхоэнцефалография

ЭЭГ – электроэнцефалограмма

Rg – рентгенография

## 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.
- 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.
- Дисмнезия — расстройство памяти, характеризующееся снижением возможности запоминания, уменьшением запасов памяти и ухудшением воспроизведения.
- 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»).
- Конфабуляции мнемонические (конфабуляции замещающие, конфабуляции памяти) — возникают при выраженных расстройствах памяти, например, фиксационной амнезии, и как бы «замещают» ее пробелы вымышленными фактами, относящимся преимущественно к событиям повседневной жизни.

- Криптомнезии — форма парамнезий, при которой исчезают различия между событиями бывшими в действительности и теми, которые были услышаны, прочитаны или увиденны во сне.

- 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.

- Полинейропатия — множественное поражение периферических нервов, проявляющееся периферически 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»).

# 1. Краткая информация

## 1.1 Определение

Амнестический синдром (АС), обусловленный употреблением психоактивных веществ (ПАВ) - 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 [1].

### Включаются:

- АС, обусловленный алкоголем или другим ПАВ;
- Корсаковский психоз (синдром), вызванный алкоголем или другим ПАВ.

### Исключаются:

- Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем и другими ПАВ, в том числе неалкогольный и не вызванный другими ПАВ корсаковский психоз (синдром) (МКБ-10 F04.-);
- Деменции, не связанные с употреблением алкоголя и других ПАВ (F00-F03);
- Деменция вследствие употребления алкоголя и других ПАВ (F1x.73);
- Другое стойкое когнитивное нарушение вследствие употребления алкоголя и других ПАВ (F1x74) [1].

Синдром Корсакова (корсаковский психоз, корсаковский синдром - КС) — разновидность амнестического синдрома, основой которого является сочетание фиксационной амнезии; дезориентировки во времени, месте и окружающей действительности; парамнезий, главным образом в виде конфабуляций или псевдореминисценций, но могут наблюдаться и криптомнезии [2]. Развитие КС, вызванного алкоголем, помимо указанного выше, облигатно сопровождается полинейропатией.

## 1.2.Этиология и патогенез

В настоящее время нет единого понимания этиологии и патогенеза амнестического синдрома, что, в частности, связано с различиями в методологии проводимых исследований [3] и трудностями рубрикации когнитивных нарушений, обусловленных потреблением ПАВ [4,5,6,7]. Были предприняты попытки описать уникальность этиологии и патогенеза алкогольной деменции [8], однако специфичность данного расстройства до сих пор не доказана.

Основа патогенеза АС – нарушения структуры и функции клеток нервной ткани вследствие прямого токсического действия ПАВ (в случае с этанолом присоединяется его опосредованное влияние через токсические эффекты ацетальдегида) на клеточные мембраны, синтез белка и энергетические процессы в митохондриях [9-12]. Возникают метаболические нарушения (ацидоз, накопление кетоновых тел и др.), что ведет к множеству вторичных изменений на клеточном и органном уровнях.

Помимо прямого токсического действия ПАВ, существенная роль придается дефициту тиамин (витамин В1) [4, 13-19, 98, 100, 102, 103] как следствию не только нарушению его утилизации, но также гастродуоденита и алиментарной недостаточности [20-22, 45, 98, 103, 106]. В совокупности с прямыми токсическими эффектами ПАВ [3, 4, 23, 24] это приводит к дегенерации (в более тяжелых случаях – демиелинизация и глиоз) нервных клеток. АС развивается, если прямые и опосредованные токсические эффекты ПАВ обуславливают билатеральное повреждение коры, гипоталамуса, гиппокампа и таламуса, а также ретикулярной формации, миндалина, мамиллярных (сосцевидных) тел, третьего желудочка и септума [23, 25-34].

Специфичными для КС в настоящее время считаются расширение третьего желудочка [23, 34-36], повреждение таламуса [23, 26, 31, 32, 34-41], мамиллярных тел [19, 23, 31, 32, 39, 42] и гиппокампа [32-34, 39].

В последние десятилетия КС рассматривается преимущественно в рамках единого расстройства Вернике-Корсакова (ВКС) как остаточный симптомокомплекс у пациентов, страдающих энцефалопатией Вернике [16], но не получивших незамедлительного и адекватного лечения тиаминзамещающей терапией [25, 43-45]. Следует отметить, что по некоторым данным переход энцефалопатии Вернике в КС не превышает 28% [60].

Существует мнение, что КС следует отличать от АС, поскольку в первом случае состояние развивается вследствие дефицита тиамин, в то время как термин "амнестическое синдром" имеет иную этиологию [46, 47], однако в международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) КС включен в рубрику «Амнестический синдром, вызванный употреблением ПАВ».

### **1.3. Эпидемиология**

Сравнительная эпидемиологическая оценка распространенности АС в Российской Федерации и в мире затруднена в силу различных подходов к классификации психических расстройств, и, как следствие, из-за сложностей, возникающих при рубрикации психоорганических расстройств [7, 48, 66].

Помимо этого, официальная статистика заболеваемости Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации и Всемирной организации здравоохранения учитывает лишь



психотические расстройства, связанные с употреблением алкоголя, в общее число которых попадает и корсаковский психоз (синдром) [49-51].

В целом, снижение когнитивных способностей в той или иной степени обнаруживается у 50-80% лиц с зависимостью от алкоголя [52], тогда как деменция у данного контингента отмечена в диапазоне от 10% до 20% [56]. В США на деменцию вследствие употребления алкоголя приходится 20% случаев госпитализации в психиатрические стационары [57]. Следует отметить и высокую распространенность злоупотребления алкоголем среди больных с деменцией (от 9% до 22%) [56].

Оценка распространенности ВКС по результатам зарубежных исследований составляет 1% - 2% от общей численности населения и 10% среди лиц, злоупотребляющих алкоголем [18, 53], в то же время неврологические признаки КС обнаруживаются у 15% данного контингента больных на отдаленном этапе болезни [35]. Показатели распространенности ВКС в разных регионах различаются: к примеру, в Нидерландах – 48 на 100000 [54], тогда как в Шотландии - 8 на 100000 [55].

#### **1.4. Кодирование по МКБ-10**

1. Формализация диагноза осуществляется с использованием МКБ-10.

F10.6 – АС, вызванный употреблением алкоголя

F11.6– АС, вызванный употреблением опиоидов

F12.6– АС, вызванный употреблением каннабиноидов

F13.6 –АС, вызванный употреблением седативных или снотворных веществ

F14.6–АС, вызванный употреблением кокаина

F15.6–АС, вызванный употреблением других стимуляторов (включая кофеин)

F16.6–АС, вызванный употреблением галлюциногенов

F18.6 – АС, вызванный употреблением летучих растворителей

F19.6 – АС, вызванный одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ

Диагностические группы различаются по психоактивному веществу (ПАВ), вследствие употребления которого развивается амнестический синдром.

#### **1.5. Классификация**

Общепринятой классификации АС не существует. Определению объема медицинской помощи в клинической практике может способствовать условное деление АС по степени тяжести.

АС легкой степени тяжести - нарушения памяти на недавние события, связанные с ними нестойкие ложные воспоминания, дезориентировка во времени при сохранности ориентировки в месте и окружающем.

АС средней степени тяжести: нарушения памяти на события прошлого и настоящего, дезориентировка в месте и во времени, признаки ретроградной и антероградной амнезии.

АС тяжелой степени: беспомощность и опасность для жизни, связанная с амнестической дезориентировкой, неспособность к самообслуживанию; ложные воспоминания.

**Таблица 1.** – Клинические проявления амнестического синдрома, вызванного употреблением психоактивных веществ (ПАВ) в зависимости от степени тяжести

Признаки	Степень тяжести		
	легкая	средняя	тяжелая
<i>Память</i>			
на события настоящего	нарушена	нарушена	нарушена
на недавние события	нарушена	нарушена	нарушена
на события прошлого	сохранена	нарушена	нарушена
ложные воспоминания	нестойкие	стойкие	стойкие
<i>Ориентировка</i>			
во времени	нарушена	нарушена	нарушена
в месте	сохранена	нарушена	нарушена
окружающем	сохранена	нарушена	нарушена
в собственной личности	сохранена	сохранена	сохранена
<i>Способность к самообслуживанию</i>	сохранена	сохранена/частичная	отсутствует

## 2. Диагностика

В диагностике АС основное значение имеют:

- данные анамнеза;
- клинико-психопатологическое обследование.

Лабораторно-инструментальные методы обследования и консультации специалистов - психиатра, психолога, невролога, терапевта - имеют вспомогательное значение.

### 2.1. Анамнез и клинико-психопатологическое обследование.

- Рекомендуется для подтверждения наличия у пациента синдрома зависимости от ПАВ, выяснения длительности злоупотребления ПАВ, получения сведений о имевших место психотических состояниях и расстройствах сознания, предшествующих нарушению памяти [2, 4, 9, 16, 23, 24, 26, 58, 59, 60].

Уровень GPP (сложившаяся клиническая практика).

**Комментарии:** АС наблюдается преимущественно в конечной стадии зависимости от ПАВ [1], поэтому наличие сведений о хроническом (особенно в высоких дозах) употреблении алкоголя и других ПАВ представляется важным. Следует учитывать возможность органического (неалкогольного) происхождения АС (F04.-),

поэтому необходимо убедиться в отсутствии анамнестических данных о заболевании мозга (кроме алкогольной энцефалопатии), которые могли бы обоснованно считаться причиной клинических проявлений нарушений памяти (ЧМТ, опухоли мозга, инфекционные заболевания, острая гипоксия, сенильно-атрофические и сосудистые процессы). КС, как правило, возникает остро вслед за состояниями помрачения сознания, чаще всего за делирием, обычно тяжелым [2], что обязательно учитывается при диагностике данного расстройства.

- Рекомендуется проведение детального клинико-психопатологического обследования для оценки психического состояния больного, включая определение вида интеллектуально-мнестических нарушений, глубины (степени) когнитивных расстройств, а также наличия коморбидных психических расстройств [1, 4, 7, 12, 30, 45, 73, 74, 75].

Уровень GPP (сложившаяся клиническая практика).

**Комментарии:** При АС у пациента имеют место нарушения памяти в виде трудностей запоминания (усвоение нового материала) и дефекта памяти на недавние события, которые сочетаются с дезориентировкой (в месте, времени, окружающем). Аффективная память (на события, связанные с отрицательными переживаниями) страдает в меньшей степени. Могут наблюдаться признаки ретроградной амнезии, хотя в целом память на события прошлой жизни может быть сохранена удовлетворительно. Сохраняются навыки и знания из прошлого: профессиональные знания, способность решать сложные задачи, логически рассуждать о вопросах, связанных с прежним опытом и знаниями [2]. Больной, неплохо ориентирующийся в своем прошлом и довольно связно излагающий анамнестические сведения, вместе с тем затрудняется объяснить, как он оказался здесь, чем был занят на протяжении минувших часов, кто его окружает, как зовут врача, о чем они только что беседовали; выслушав напоминания, немедленно их забывает. Значительно выражена дезориентировка во времени и месте. Конфабуляции и псевдореминисценции могут быть выраженными, но не должны рассматриваться необходимой предпосылкой диагноза [1]. Отсутствуют следующие признаки: нарушение сознания, грубое интеллектуальное снижение (деменция). Ориентировка в собственной личности сохранена.

## **2.2. Физикальное обследование.**

Методы физикального обследования не являются специфическими при АС. Могут рассматриваться в качестве дополнительного метода для определения мишеней фармакологического воздействия и объема терапевтического вмешательства.

- Рекомендовано обследование соматического состояния: определение состояния кожных покровов, мышечного тонуса; пальпация/перкуссия печени,

почек; аускультация сердца; измерение артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС) [10, 12, 68, 69, 70, 71, 72].

Уровень GPP (сложившаяся клиническая практика).

**Комментарии:** *Наличие сопутствующей соматической патологии [10, 12, 62, 63, 64, 65], может оказывать влияние на выраженность симптомов АС. Печеночная энцефалопатия, вследствие хронической интоксикации, усиливает проявления церебрастении: истоцаемость, раздражительность и расстройства памяти [10, 12, 67].*

- Рекомендуется обследование неврологического состояния: определение состояния периферической нервной системы (тактильная и болевая чувствительность); оценка сухожильных рефлексов; исследование статической и динамической координации [10, 12, 68, 69, 70, 71, 72].

Уровень GPP (сложившаяся клиническая практика).

**Комментарии:** *Поражение периферической нервной системы является следствием длительного злоупотребления алкоголем. В начальных стадиях имеется болевой синдром в стопах и икроножных мышцах, чувство онемения в стопах и кистях. Постепенно развивается снижение чувствительности по дистальному типу в виде «носков» и «перчаток». Снижаются или выпадают сухожильные рефлексы, развивается сенситивная атаксия. Нижние конечности поражаются чаще. Характерна болезненность при сдавлении икроножных мышц [61].*

### **2.3. Лабораторная диагностика.**

Методы лабораторной диагностики АС отсутствуют.

Могут рассматриваться только в качестве дополнительного метода для подтверждения хронической интоксикации ПАВ (при дифференциальной диагностике с целью определения этиологического фактора АС).

- Рекомендуется определение активности гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ) [10, 12, 76-84, 86].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств D).

**Комментарии:** *Среди больных алкогольной зависимостью, продолжающих употреблять алкоголь, у 50-90% обнаруживают изменение активности ГГТ. Аналогичные сдвиги отмечают и у 10% здоровых лиц. Чувствительность и специфичность метода - 80% [12].*

- Рекомендуется определение активности аспартатаминотрансферазы (АсАТ) и аланинаминотрансферазы (АлАТ) [10, 12, 76-81, 83, 84, 86, 87].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств D)

**Комментарии:** *АсАТ может быть умеренно чувствительным и специфичным тестом для определения лиц, злоупотребляющих алкоголем. Чувствительность метода достигает 56%, а специфичность - 80% [12]. В клинической практике большее диагностическое значение имеют не абсолютные величины аминаз, а их соотношение (АсАТ/АлАТ) [85]. В целом, колебания активности комплекса ферментов (ГГТ, АсАТ, АлАТ) свидетельствуют в пользу интоксикационной природы биохимических изменений.*

#### **2.4. Инструментальная диагностика.**

Инструментальные методы исследования, такие как УЗИ, Эхо-ЭГ, ЭКГ, ЭЭГ, МРТ, Rg черепа и др. проводятся по клиническим показаниям и могут быть использованы в качестве дополнительных методов для выявления и оценки количественной сопутствующей соматоневрологической патологии, а также в случае затруднений при дифференциальной диагностике (например, исключение органического амнестического синдрома, не обусловленного алкоголем и другими ПАВ (F04- в МКБ-10).

#### **2.5. Иные методы диагностики, дифференциальная диагностика.**

Иные методы диагностики назначаются специалистами исходя из конкретной клинической ситуации.

Ниже приведены критерии для первичной диагностики АС, вызванного употреблением психоактивных веществ (Таблица 1.)

**Таблица 1.** Первичная диагностика амнестического синдрома, вызванного употреблением ПАВ.

<b>Критерий</b>	<b>Пояснения</b>
Нарушение памяти	1.Нарушение запоминания (усвоения нового материала) и дефект памяти на недавние события, снижение способности к воспроизведению прошлого опыта. 2. Отсутствие прогрессирования когнитивных расстройств (стабилизация состояния) и потенциальная возможность редукции некоторых мнестических нарушений при условии длительного воздержания от употребления ПАВ [4].
Помрачение сознания	Отсутствует
Грубое интеллектуальное снижение	Отсутствует
Заболевания мозга, подтвержденные анамнезом и/или объективным обследованием	Отсутствуют (исключение - алкогольная энцефалопатия)
Связь с употреблением ПАВ	1. Является обязательным условием. 2. АС, как правило, встречается в конечной стадии зависимости от ПАВ, как исход острых энцефалопатий и тяжелых алкогольных делириев.

АС – амнестический синдром

ПАВ – психоактивные вещества

**Комментарии:** Следует учитывать возможность наличия у пациента органического (не вследствие употребления ПАВ) АС (смотри F04.-); других органических синдромов, включающих выраженные нарушения памяти (например, деменция или делирий) (F00-F03, F05-); депрессивное расстройство (F31-F33), деменции вследствие употребления алкоголя и других ПАВ (F1x.73); другого стойкого когнитивного нарушения вследствие употребления алкоголя и других ПАВ (F1x74).

В отличие от пациентов с деменцией, у пациентов с КС наблюдаются нормальные показатели на семантических тестах памяти [45, 88], т.е. способность извлекать информацию из ранее существовавшей семантической памяти сохраняется [40, 89, 90].

КС, как правило, имеет позднее начало, тогда как алкогольная деменция (F1x.73) развивается в более молодом возрасте [56].

### 3. Лечение

#### 3.1. Консервативное лечение.

В настоящее время можно говорить об отсутствии единого подхода в лечении АС, связанного с употреблением ПАВ [46], прежде всего в связи со значительной гетерогенностью в представлении данного расстройства [57, 91], а также отсутствием единого понимания этиологии и патогенеза АС [4]. В то же время в лечении АС признается важность воздержания от приема ПАВ [93] и необходимость психосоциальной поддержки пациентов в повседневной жизни [57].

#### **Задачи терапии:**

- Коррекция мнестических расстройств;
- Стабилизация эмоциональной сферы;
- Выработка установки на воздержание от приема ПАВ, продолжительное лечение и реабилитацию.

**Тактика терапии:** проведение медикаментозного лечения и последующей реабилитации с акцентом на восстановлении когнитивных функций.

**Критерии эффективности лечения:** Стабилизация психофизического состояния больного.

Стационарное лечение рекомендуется в случае наличия у пациента 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 тяжести (беспомощность и опасность для жизни, связанная с амнестической дезориентировкой, неспособность к самообслуживанию; ложные воспоминания). В длительном лечении в стационаре нуждаются 20% больных с АС [102].

При АС легкой степени тяжести (имеются нарушения памяти на недавние события, связанные с ними нестойкие ложные воспоминания и дезориентировка во времени при сохранности ориентировки в месте и окружающем) лечебные мероприятия могут проводиться в амбулаторных условиях.

### **3.2. Медикаментозные средства для лечения ведущих проявлений АС.**

#### *Коррекция мнестических расстройств*

- Рекомендуется назначение ноотропных препаратов и препаратов для лечения деменции при отсутствии противопоказаний к конкретным препаратам в соответствии с инструкцией [9,10,12, 69, 92-96].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств II).

**Комментарии:** *В зависимости от исходного состояния больного, ноотропные препараты могут оказывать психотонизирующее, антиастеническое, седативное, эугипническое, антиэпилептическое, собственно ноотропное, мнемотропное, адаптогенное, вазовегетативное, антипаркинсоническое, антидискинетическое действие, повышают уровень бодрствования и ясность сознания.*

*Использование блокаторов глутаматных NMDA-рецепторов (мемантина) у лиц с нарушениями памяти вследствие злоупотребления алкоголя способствует улучшению познавательных функций [92-94], а также улучшению качества жизни и поведенческих симптомов [93, 95, 96].*

*Осуществление коррекции когнитивных функций у больных с АС не меняет того факта, что в каждом данном случае сохраняется зависимость от ПАВ, которая требует продолжения специальной наркологической терапии – соответственно протоколу лечения синдрома зависимости.*

- Рекомендуется назначение тиамин (витамин В1) при наличии показаний и при отсутствии противопоказаний к конкретным препаратам в соответствии с инструкцией [18, 25, 96-98, 101, 102].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств II).

**Комментарии:** *Лечение тиамином многими авторами признается патогенетически направленным [4, 13-19, 98, 100, 102, 103]. Поскольку АС чаще развивается после делириозных состояний, а КС, в частности, рассматривается в рамках второго этапа ВКС, в том числе как следствие недостаточного объема тиамина, назначенного пациенту при лечении энцефалопатии Гайе-Вернике [25, 43-45, 101], высока вероятность того, что парентеральное введение тиамина уже включено в схему лечения [12, 98-101]. Оральный прием тиамина не достигает адекватной*

концентрации в плазме, в связи с чем, не является эффективным [91, 99]. Лечение тиамином затяжных, хронических форм АС не имеет положительного влияния на когнитивные функции пациента [104, 105].

Доказательных рекомендации в отношении доз тиамина при лечении АС в настоящее время не существует [59, 97].

В комплексной терапии АС также используются другие витамины и микроэлементы, имеющие значение в нормализации окислительно-восстановительных процессов, деятельности центральной и периферической нервной системы; наиболее значимыми из них являются другие витамины группы В [3, 10, 12, 69, 91, 117, 118, 120], витамин Е [10, 12, 119], магний [3, 10, 12, 91].

- Рекомендуется назначение антидепрессантов в комплексной терапии АС при наличии показаний и при отсутствии противопоказаний к конкретным препаратам в соответствии с инструкцией [24, 107, 108].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств II).

**Комментарии:** Влияние антидепрессантов на улучшение когнитивных характеристик больных с АС подтверждается некоторыми исследованиями [107, 108]. При этом эффективность терапии антидепрессантами выше на ранних этапах АС (продолжительность заболевания менее 1 года) [107]. Предпочтение отдается селективным ингибиторам обратного захвата серотонина (СИОЗС) и селективным ингибиторам обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСиН) как наиболее безопасным тимоаналептикам. Антидепрессанты могут использоваться также для коррекции аффективных расстройств, которые наблюдаются у лиц с когнитивными расстройствами, в том числе злоупотребляющих ПАВ [9, 10, 12, 45, 73, 109-112].

### **3.3. Психотерапия в лечении АС**

Проведение психотерапевтического лечения затруднено в течение первых недель лечения, т.к. в силу выраженных когнитивных нарушений больные с АС не могут в полной мере использовать предлагаемые терапевтические стратегии [121, 122]. Восстановление когнитивного профиля возможно после 1-2 лет воздержания от употребления ПАВ [91, 123]; кроме того, оно во многом зависит от уровня образования больного, а также количества и тяжести ранее перенесенных им психотических состояний, связанных со злоупотреблением ПАВ [123].

- Рекомендуется включение психотерапевтических интервенций в программы реабилитации больных с АС [45, 91, 124-126, 130, 134-139].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств II).



### 3.4. Иное лечение

Назначается специалистами, исходя из конкретной терапевтической ситуации, направлено на коррекцию соматоневрологического и/или психического состояния пациента.

### 4. Реабилитация и диспансерное наблюдение

Возможности реабилитационной работы при АС ограничены. Эффективность реабилитационных мероприятий зависит от спектра когнитивных расстройств, обнаруживаемых у пациента, и степени их выраженности [124]. Вместе с тем существует мнение, что реабилитационные техники обладают лучшим терапевтическим потенциалом по сравнению с фармакотерапией в работе с данным контингентом больных [45, 124-126].

- Рекомендуется проведение когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) больным с АС [91, 126].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств II).

**Комментарии:** *Эффективность КПТ зависит от целостности определенных областей мозга. Она не может быть использована в случаях выраженного расстройства памяти и исполнительных функций [127-129].*

- Рекомендуются техники когнитивной реабилитации, направленные на тренировку когнитивных функций, а также обучение повседневным навыкам с целью реадaptации и повышения социальной активности больных с АС [45, 124-126].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств I).

**Комментарии:** *Когнитивной реабилитацией считается любая систематическая поведенческая терапия, которая помогает улучшить когнитивные характеристики или позволяет адаптироваться к когнитивным нарушениям [130]. Программа реабилитации больных с АС должна быть адаптирована к конкретным потребностям пациента, а ее результативность в значительной степени зависит от поставленных задач. Задания, которые даются пациенту с АС, должны быть четко сформулированы (конкретны), просты и понятны больному, ограничены в плане вариантов ответа [124]. Пациент с АС должен иметь достаточное количество времени на выполнение задания [45, 124, 131, 132] и обратную связь о своих результатах работы от терапевта [124, 132]. Чаще всего у больных с АС возникают трудности в выполнении задач, требующих навыков планирования и когнитивной гибкости [133, 134]. Когнитивная стимуляция положительно влияет на познание [135], которое улучшает рабочую и эпизодическую память, общее психическое состояние, снижает влечение к ПАВ [136]. Следует отметить, что когнитивные методики требуют больших затрат, при этом не всегда*

являются эффективными по сравнению с обучением навыкам [124], которые, в свою очередь, у больных с АС, после обучения закрепляются [142, 143]. Хороший результат показывает методики, направленные на безошибочное обучение, когда больной может овладеть только правильной и продуктивной стратегией [137-141].

Перспективным направлением когнитивной реабилитации больных с АС считается использование электронных технологий, например, персональный цифровой помощник [124-125] и электронный дневник [144], которые могут быть использованы в образовательных целях [145], для тренировки памяти, компенсации некоторых утраченных когнитивных способностей [124, 125, 145], социальной поддержки [145].

- Рекомендуется воздержание от употребления ПАВ [4, 26, 57, 130, 151].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств I).

**Комментарии:** При условии длительного (на протяжении нескольких лет) воздержания от употребления ПАВ, некоторое улучшение когнитивных функций наблюдается примерно в 75% случаев [26]. У части больных с АС при прекращении употребления ПАВ когнитивные функции с течением времени могут восстанавливаться [146].

- Рекомендуется включение в реабилитационную программу больных с АС занятий физическими упражнениями [135, 147, 148, 149, 150].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств I).

**Комментарии:** Физические нагрузки положительно влияют на познавательную деятельность [135, 147, 148, 149, 150] и, наряду с когнитивными техниками, определяются как поведенческие вмешательства в рамках когнитивной реабилитации [130].

- Рекомендуется проведение организационных мероприятий, направленных на социальную поддержку больного с АС, а в случае ограничения его жизнедеятельности – помощь в получении инвалидности.

Уровень GPP (сложившаяся клиническая практика).

**Комментарии:** Для поддержки пациентов в повседневной жизни необходимы психосоциальные вмешательства [57]. По своему состоянию около 25 % больных с АС нуждаются в долгосрочной институционализации. Для больных с АС средней и тяжелой степени рекомендуется 24-часовое наблюдение и уход [151]. Среда, в которой находится пациент, должна быть адаптирована для людей с когнитивными нарушениями [26]. Необходима поддержка окружающими мотивации к отказу от употребления ПАВ [151].

*Больного с АС следует направлять на медико-социальную экспертизу для решения вопроса о признании его инвалидом в случаях:*

*а) нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами;*

*б) ограничения жизнедеятельности (полная или частичная утрата способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);*

*в) необходимости в мерах социальной защиты, включая реабилитацию и абилитацию<sup>1</sup>.*

Диспансерное наблюдение осуществляется в соответствии с Порядком диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и/или расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ.<sup>2</sup>

## **5. Профилактика**

5.1. Профилактика АС заключается в своевременных и качественных лечебно-реабилитационных мероприятиях, проводимых на всех этапах медицинской помощи больным с зависимостью от ПАВ.

5.2. Пациентам могут помочь следующие рекомендации:

- Рекомендуется отказ от употребления ПАВ [4, 26, 57, 130, 151].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств I).

- Рекомендуется полноценное питание с целью предупреждение дефицита витаминов (особенно витамина В1) и минералов [20-22, 45, 98, 103, 106].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств IV).

- Рекомендуются занятия физическими упражнениями [135, 147, 148, 149, 150].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств I).

---

<sup>1</sup> Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 N 95 (ред. от 24.01.2018) "О порядке и условиях признания лица инвалидом"

<sup>2</sup> Приказ МЗ РФ от 30 декабря 2015 года №1034 (зарегистрировано в Минюсте России 22.03.2016 г. №41495) «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.

### Критерии качества оценки медицинской помощи при АС

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Выполнен осмотр врачом-психиатром-наркологом не позднее 2 часов от момента поступления в стационар		GPP
2	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтрансфераза).	I	A
3	Проведена терапия лекарственными препаратами группы «Другие психостимуляторы и ноотропные препараты» и/или тиамином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	II	B

## Список литературы

1. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). - М.: Минздрав России, 1998.-511с.
2. Морозов Г.В., Шумский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). — Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1998 г.— 426 с.
3. Le Berre A.P., Pitel A.L., Chanraud S., Beaunieux H., Eustache F., Martinot J.L., Reynaud M., Martelli C., Rohlfing T., Sullivan E.V, Pfefferbaum A. Chronic alcohol consumption and its effect on nodes of frontocerebellar and limbic circuitry: comparison of effects in France and the United States. *Hum Brain Mapp.* 2014 Sep; 35 (9):4635-53. Epub 2014 Mar 17. [Электронный ресурс].- doi: 10.1002/hbm.22500. [PubMed]
4. Ridley N.J., Draper B., Withall A. Alcohol-related dementia: an update of the evidence *Alzheimers. Res Ther.* 2013; 5(1): 3 Epub 2013 Jan 25. [Электронный ресурс].- doi: 10.1186/alzrt157 PMID: PMC3580328 [NCBI] .
5. Zahr N.M., Kaufman K.L., Harper C.G. Clinical and pathological features of alcohol-related brain damage. *Nat.Rev.Neurol.* 2011; 7:284–294. [Электронный ресурс].- doi: 10.1038/nrneurol.2011.42. [PubMed].
6. Mc Murtray A., Clark D.G., Christine D., Mendez M.F. Early-onset dementia: frequency and causes compared to late-onset dementia. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* 2006; 21:59–64. [Электронный ресурс]. - doi: 10.1159/000089546. [PubMed]
7. Гофман А.Г., Кожина Т.А., Яшкина И.В. К вопросу о классификации и неточностях обозначения психических расстройств при болезнях зависимости.// Социальная и клиническая психиатрия. 2008; №2(18): с.91-95.
8. Oslin D.W., Cary M.S. Alcohol-related dementia: validation of diagnostic criteria. *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* 2003;11(4):441–447. [Электронный ресурс].- PMID: 12837673 [PubMed].
9. Наркология: Национальное руководство/ под.ред. Н.Н.Иванца, И.П.Анохиной, М.А.Винниковой – М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008. – 720с.
10. Алкоголизм: Руководство для врачей./ под ред. Н.Н.Иванца, М.А. Винниковой. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агенство»; 2011. – 856 с.
11. Руководство по психиатрии: в 2 т. Т.1./ под ред. А.С.Тиганова. – М.: Медицина; 1999. – 784с.
12. Наркология: Национальное руководство/ под ред. Н.Н.Иванца, И.П.Анохиной, М.А.Винниковой – 2-е изд. исп. – М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016. – 944 с.
13. Isenberg-Grzeda E., Kutner H.E., Nicolson S.E. Wernicke-Korsakoff syndrome: Under-recognized and under-treated. *Psychosomatics.* 2012; Nov.-Dec.; 53(6):507-16. [Электронный ресурс].- doi: 10.1016/j.psym.2012.04.008. [PubMed]
14. Nahum L., Pignat J.M., Bouzerda-Wahlen A., Gabriel D. Liverani M.C., Lazeyras F., et al. Neural correlate of anterograde amnesia in Wernicke–Korsakoff syndrome. *Brain topography.* 2015; Sep; 28(5):760-770. Epub 2014 Aug 23. [Электронный ресурс].- doi: 10.1007/s10548-014-0391-5. PMID: 25148770 [PubMed]
15. Scalzo S.J., Bowden S.C., Ambrose M.L., Whelan G., Cook M.J. Wernicke-Korsakoff syndrome not related to alcohol use: A systematic review. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 2015; Dec; 86(12):1362-8. Epub 2015 Jan 14. [Электронный ресурс].- doi: 10.1136/jnnp-2014-309598. [PubMed]
16. Victor M., Adams R.D., Collins G. The Wernicke-Korsakoff Syndrome. A Clinical and Pathological Study of 245 Patients, 82 with Post-Mortem Examinations. *Contemp Neurol Ser.* 1971;7:1-206. [Электронный ресурс].- PMID: 5162155 [PubMed]
17. Oscar-Berman M., Zola-Morgan S.M., Oberg R.G., Bonner R.T. Comparative neuropsychology and Korsakoff's syndrome. III-delayed response, delayed alternation

- and DRL performance. *Neuropsychologia*. 1982; 20:187–202. [Электронный ресурс].- doi: 10.1016/0028-3932(82)90009-4. [PubMed]
18. Sechi G.P., Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol*. 2007; 6:442–455. [Электронный ресурс].- doi: 10.1016/S1474-4422(07)70104-7. [PubMed]
  19. Oudman E., Van der Stigchel S., Postma A., Wijnia J.W., Nijboer T.C.W. A case of chronic Wernicke's encephalopathy: a neuropsychological study. *Frontiers in Psychiatry*. 2014;5:59. [Электронный ресурс].- doi: 10.3389/fpsy.2014.00059. [PubMed]
  20. Bentham P., Callaghan R. Kuruvilla T. et al. Thiamine for prevention and treatment of Wernicke-Korsakoff Syndrome in people who abuse alcohol. //Cochrane Library 01 July 2013. [Электронный ресурс] URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004033.pub3/full> .
  21. Wernicke-Korsakoff syndrome. US National Library of Medicine. Medline Plus [Электронный ресурс]. -URL:<https://medlineplus.gov/ency/article/000771.htm>.
  22. Bubko I., Gruber B.M., Anuszevska E.L. The role of thiamine in neurodegenerative diseases. *Postepy Hig. Med. Dosw.* 2015 Sep 21.–V.69.–p.1096-106. Review. Polish. [Электронный ресурс].-URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26400895>.
  23. Krabbendam L., Visser P.J., Derix M.M., Verhey F., Hofman P., Verhoeven W., Tuinier S., Jolles J. Normal cognitive performance in patients with chronic alcoholism in contrast to patients with Korsakoff's syndrome. *J. Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2000 Winter;12(1):44-50. [Электронный ресурс].- PMID:10678512 [PubMed]
  24. Homewood J., Bond N.W. Thiamin deficiency and Korsakoff's syndrome: failure to find memory impairments following nonalcoholic Wernicke's encephalopathy. *Alcohol*. 1999; 19:75–84. [Электронный ресурс].- doi: 10.1016/S0741-8329(99)00027-0. [PubMed]
  25. Сиволап Ю.П., Дамулин И.В. Синдром Вернике–Корсакова. [Электронный ресурс].- URL: <http://elibrary.ru/item.asp?id=22703928>.
  26. Kopelman M., Thomson A., Guerrini I., et al. The Korsakoff Syndrome: Clinical Aspects, Psychology and Treatment. *Alcohol and Alcoholism*. 2009; №2 (44): p.148–154. [Электронный ресурс].- URL: <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/44/2/148>.
  27. Vedder L., Hall J., Jabrouin K., Savage L. Interactions between chronic ethanol consumption and thiamine deficiency on neural plasticity, spatial memory, and cognitive flexibility. [Электронный ресурс].- URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26419807>.
  28. Wijnia, J.W, Oudman, E, Bresser, E.L, Gerridzen, I.J, van de Wiel, A, Beuman, C, & Mulder, C.L. (2014). Need for early diagnosis of mental and mobility changes in wernicke encephalopathy. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 27(4), 215–221. [Электронный ресурс].- doi:10.1097/WNN.0000000000000041
  29. Pitel A. ,Segobin S., Ritz L. et al. Thalamic abnormalities are a cardinal feature of alcohol-related brain dysfunction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2015; V.54: July P.38–45. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763414001882> - cor0005.
  30. Vetreno R.P., Hall J.M., Savage L.M. Alcohol-related amnesia and dementia: Animal models have revealed the contributions of different etiological factors on neuropathology, neurochemical dysfunction and cognitive impairment. *Neurobiol. Learn. Mem*. 2011; 96:596–608. [Электронный ресурс]. - doi: 10.1016/j.nlm.2011.01.003. [PubMed]
  31. Sullivan E.V., Pfefferbaum A. Neuroimaging of the Wernicke-Korsakoff Syndrome. *Alcohol Alcohol*. 2009; 44:155–165. [Электронный ресурс] doi:10.1093/alcalc/agn103 [PubMed]
  32. Pitel A.L, Aupée A.M, Chételat G., Mézenge F., Beaunieux H., de la Sayette V., Viader F., Baron J.C, Eustache F., Desgranges B. Morphological and glucose metabolism abnormalities in alcoholic Korsakoff's syndrome: group comparisons and individual

- analyses. PLoS One. 2009;4(11):e7748. URL: <https://www.oalibrary.org/papers2/950a7ddf-b63d-41d9-9afa-1dbb2832ab1f/>
33. Pitel A.L, Chételat G., Le Berre A.P, Desgranges B., Eustache F., Beaunieux H. Macrostructural abnormalities in Korsakoff syndrome compared with uncomplicated alcoholism. *Neurology*. 2012;78(17):1330–3. [Электронный ресурс].- doi: 10.1212/WNL.0b013e318251834e. [PubMed]
  34. Matsui T, Sakurai H, Toyama T, Yoshimura A, Matsushita S, Higuchi S. Clinical application of neuroimaging to alcohol-related dementia. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi*. 2012 Jun;47(3):125-34. Review. Japanese. [Электронный ресурс].- PMID: 22894053
  35. Kril J.J, Harper C.G. Neuroanatomy and neuropathology associated with Korsakoff's syndrome. *Neuropsychol. Rev*. 2012;22(2):72–80. [Электронный ресурс].- doi: 10.1007/s11065-012-9195-0. Epub 2012 Apr 14. [PubMed]
  36. Jung Y.C, Chanraud S., Sullivan E.V. Neuroimaging of Wernicke's encephalopathy and Korsakoff's syndrome. *Neuropsychol. Rev*. 2012; 22(2):170–80. [Электронный ресурс].- doi: 10.1007/s11065-012-9203-4. [PubMed]
  37. Aupée A.M, Desgranges B., Eustache F., Lalevée C., de la Sayette V., Viader F., Baron J.C. Voxel-based mapping of brain hypometabolism in permanent amnesia with PET. *Neuroimage*. 2001;13(6 Pt 1):1164–73. [Электронный ресурс].- doi: 10.1006/nimg.2001.0762 [PubMed]
  38. Harding A.J, Halliday G., Caine D., Kril J.J. Degeneration of anterior thalamic nuclei differentiates alcoholics with amnesia. *Brain*. 2000; 123:141–154. [Электронный ресурс].- PMID: 10611128 [PubMed]
  39. Bilici R, Saridogan G.E, Turan C, Goncu T., Akdur O., Citak S., Domac F.M. A Case of Wernicke-Korsakoff Syndrome Treated 1 Year After the Onset of Symptoms/ Prim Care Companion CNS Disord. 2015; 17(6): [Электронный ресурс].- doi: 10.4088/PCC.15101801 [PubMed]
  40. Kopelman M.D. The Korsakoff syndrome. *British Journal of Psychiatry*. 1995; 166:154–173. [Электронный ресурс].- doi: 10.1192/bjp.166.2.154. [PubMed]
  41. Paller K.A, Acharya A., Richardson B.C, Plaisant O., Shimamura A.P, Reed B.R, Jagust W.J. Functional neuroimaging of cortical dysfunction in alcoholic Korsakoff's syndrome. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 1997; 9:277–293. [Электронный ресурс].- doi: 10.1162/jocn.1997.9.2.277. [PubMed]
  42. Savage L.M., Hall J.M., Resende L.S. Translational Rodent Models of Korsakoff Syndrome Reveal the Critical Neuroanatomical Substrates of Memory Dysfunction and Recovery. *Neuropsychol. Rev*. 2012 Jun; 22(2): 195–209. [Электронный ресурс].- doi: 10.1007/s11065-012-9194-1 [PubMed]
  43. Manzo L., Locatelli C., Candura S.M, Costa L.G. Nutrition and alcohol neurotoxicity. *Neurotoxicology* (1994) 15:555–65 PMID: 7854589 [PubMed]
  44. Harper C. The neuropathology of alcohol-related brain damage. *Alcohol Alcohol*. 2009;44(2):136–40. [Электронный ресурс].- doi: 10.1093/alcalc/agn102. [PubMed]
  45. Arts N.J, Walvoort S.J, Kessels R.P. Korsakoff's syndrome: a critical review. *Neuropsychiatr. Dis. Treat*. 2017 Nov 27;13:2875-2890. [Электронный ресурс].- doi: 10.2147/NDT.S130078. eCollection 2017. eview. PMID: 29225466 [PubMed]
  46. Kopelman M.D. Disorders of memory. *Brain* (2002) 125:2152–90 [Электронный ресурс].- PMID: 12244076 [PubMed]
  47. Bowden SC. In: *Dementia*. 4. Ames D, Burns A, O'Brien J, editor. London: Edward Arnold; 2010. Alcohol-related dementia and Wernicke-Korsakoff syndrome; pp. 730–737.
  48. Съезд психиатров России XV. Материалы съезда.– М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2010.–409с.
  49. Федеральная служба государственной статистики. Российский статистический ежегодник 2015. URL: [http://www.gks.ru/free\\_doc/doc\\_2015/year/ejegod-15.pdf](http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/year/ejegod-15.pdf).

50. Министерство Здравоохранения Российской Федерации. Социально значимые заболевания населения России в 2014 году (Статистические материалы) URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9479-statisticheskaya-informatsiya-za-2014>.
51. Global status report on alcohol and health 2014. World Health Organization. URL: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msb\\_gsr\\_2014\\_1.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf)
52. Bates M.E, Bowden S.C, Barry D. Neurocognitive impairment associated with alcohol use disorders: implications for treatment. *Exp. Clin. Psychopharmacol.* 2002; 10 (3):193–212. [Электронный ресурс].- PMID: 12233981 [PubMed]
53. Galvin R., Brathen G., Ivashynka A., Hillbom M., Tanasescu R., Leone M.A., et al. EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy. *Eur. J. Neurol.* 2010; 17(12):1408–18. [Электронный ресурс].- doi: 10.1111/j.1468-1331.2010.03153.x. [PubMed]
54. Blansjaar B.A., Horjus M.C, Nijhuis H.G. Prevalence of the Korsakoff syndrome in The Hague, The Netherlands. *Acta Psychiatr. Scand.* 1987; 75(6):604–7. [Электронный ресурс].- <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1987.tb02843.x>
55. Ramayya A, Jauhar P. Increasing incidence of Korsakoff's psychosis in the east end of Glasgow. *Alcohol Alcohol.* 1997;32(3):281–5. [Электронный ресурс] PMID: 9199729 [MEDLINE]
56. Ritchie K, Villebrun D. Epidemiology of alcohol-related dementia. *Hand Clin. Neurol.* 2008;89:845–850.
57. Pierucci-Lagha A, Derouesne C. Alcoholism and aging. 2. Alcoholic dementia or alcoholic cognitive impairment? *Psychol. Neuropsychiatr.Vieil.* 2003 Dec; 1(4): 237–249. [Электронный ресурс].- PMID: 15683959 [MEDLINE]
58. Zubaran C, Fernandes J.G, Rodnight R. Wernicke-Korsakoff syndrome. *Postgrad Med J.* 1997 Jan; 73(855):27-31. [Электронный ресурс].- PMID: 9039406 PMCID: PMC2431190 [PubMed]
59. Latt N., Dore G. Thiamine in the treatment of Wernicke encephalopathy in patients with alcohol use disorders. *Intern. Med. J.* 2014 Sep; 44(9):911-5. [Электронный ресурс].- doi: 10.1111/imj.12522. PMID: 25201422 [PubMed]
60. Lough M.E. Wernicke's encephalopathy: expanding the diagnostic toolbox. *Neuropsychol. Rev.* 2012; Jun; 22(2):181-194. [Электронный ресурс].- doi: 10.1007/s11065-012-9200-7. [PubMed]
61. Справочник по неврологии/ Верещагин Н.В., Брагина Л.К., Благовещенская Н.С. и др.: Под ред. Е.В. Шмидта, Н.В. Верещагина. – 3-е изд., перераб. И доп. – М.: Медицина, 1989.–496 с.
62. Gerridzen I.J., Goossensen M.A. Patients with Korsakoff syndrome in nursing homes: characteristics, comorbidity, and use of psychotropic drugs. *Int. Psychogeriatr.* 2014 Jan; 26(1):115-21. [Электронный ресурс].- doi: 10.1017/S1041610213001543.
63. Wijnia J.W., van de Wetering B.J., Zwart E., Nieuwenhuis K.G., Goossensen M.A. Evolution of Wernicke-Korsakoff syndrome in self-neglecting alcoholics: preliminary results of relation with Wernicke-delirium and diabetes mellitus. *Am. J. Addict.* 2012 Mar-Apr; 21(2):104-10. [Электронный ресурс].- doi: 10.1111/j.1521-0391.2011.00199.x.
64. Draper B., Karmel R., Gibson D., Peut A., Anderson P. Alcohol-related cognitive impairment in New South Wales hospital patients aged 50 years and over. *Aust. N Z J. Psychiatry.* 2011 Nov; 45(11):985-92. [Электронный ресурс].- doi: 10.3109/00048674.2011.610297. [PubMed]



65. Schepers J.P., Koopmans R.T., Bor J.H. Patients with Korsakoff's syndrome in a nursing home: characteristics and comorbidity. *Tijdschr. Gerontol. Geriatr.* 2000 Jun; 31(3):113-8. [Электронный ресурс].- PMID: 10900664 [MEDLINE]
66. Walvoort SJ, Wester AJ, Doorackers MC, Kessels RP, Egger JI. Alcohol-related cognitive impairment and the DSM-5. *TijdschrPsychiatr.* 2016;58(5):397-401. [Электронный ресурс].- PMID: 27213639 [MEDLINE]
67. Павлов Ч.С., Дамулин И.В., Ивашкин В.Т, Печеночная энцефалопатия: патогенез, клиника, диагностика, терапия /Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. 2016; 26(1):44-53.
68. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. 2. Mental Disorders – classification. 3. Mental Disorders—diagnosis. WM 15
69. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Психические и поведенческие расстройства вследствие злоупотребления психоактивными веществами. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике. Руководство для практикующих врачей. /под общей редакцией чл.-корр. РАМН Ю.А. Александровского, проф. Н.Г. Незнанова: М. – Изд. «Литера». 2014. - С. 582-692.
70. Малин Д.И., Медведев В.Д. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках. Справочное пособие. М. – 2003. – 103 с.
71. Гофман А.Г. Клиническая наркология. М.: Миклош. – 2003. – 215 с.
72. NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence (2010c) Alcohol-use disorder: physical complications. NICE clinical guideline 100. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. [Электронный ресурс]. – [www.nice.org.uk/guidance/CG100](http://www.nice.org.uk/guidance/CG100)
73. Gerritzen I.J., Moerman-van den Brink W.G., Depla M.F., Verschuur E.M., Veenhuizen R.B., van der Wouden J.C., Hertogh C.M., Joling K.J.. Prevalence and severity of behavioural symptoms in patients with Korsakoff syndrome and other alcohol-related cognitive disorders: a systematic review. *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* 2017 Mar; 32(3):256-273. [Электронный ресурс]. – doi: 10.1002/gps.4636.
74. Kopelman M.D. What does a comparison of the alcoholic Korsakoff syndrome and thalamic infarction tell us about thalamic amnesia? *Neurosci Biobehav. Rev.* 2015;54:46–56. [Электронный ресурс]. – doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.08.014 [PubMed]
75. Talland G. Psychological studies of Korsakoff's psychosis: V. Spontaneity and activity rate. *J. Nerv.Ment. Dis.* 1960; 130:16–25. [Электронный ресурс]. – PMID: 13836738 [MEDLINE]
76. Alcoholism Workup. Laboratory Studies. [Электронный ресурс]. – <http://emedicine.medscape.com/article/285913-workup#c6>.
77. Muñoz-Hernández S., Velázquez-Fernández J.B., Díaz-Chávez J., López-Sánchez R.C., Hernández J.A., et al. (2014) Alcoholism: Common and Oxidative Damage Biomarkers. *J. Clin.Toxicol.* S7: 006. [Электронный ресурс]. – doi:10.4172/2161-0495.S7-006 <https://www.omicsonline.org/open-access/alcoholism-common-and-oxidative-damage-biomarkers-2161-0495.1000-S7-006.pdf>
78. Niemelä O. Biomarcers in alcoholism. /*Clin. Chim. Acta.* 2007. – Feb. 377 (1-2). P. 39-49 [Электронный ресурс]. – doi: 10.1016/j.cca.2006.08.035 [MEDLINE]
79. Topic A., Djukic M. Diagnostic characteristics and application of alcohol biomarkers. *Clin. Lab.* 2013; 59(3-4):233-45 [Электронный ресурс]. – PMID: 23724610 [MEDLINE]

80. Hannuksela M.L. Liisanantti M.K. Nissinen A.E. Savolainen M.J. Biochemical markers of alcoholism. /Clin. Chem. Lab. Med. 2007. 45 (8). P. 953-961. [Электронный ресурс]. – doi: 10.1515/CCLM.2007.190 [MEDLINE]
81. Whitfield J.B., Masson S., Liangpunsakul S., Hyman J., Mueller S., Aithal G., Eyer F., Gleeson D., Thompson A., Stickel F., Soyka M., Daly A.K., Cordell H.J., Liang T., Foroud T., Lumeng L., Pirmohamed M., Nalpas B., Bence C., Jacquet J.M., Louvet A., Moirand R., Nahon P., Naveau S., Perney P., Podevin P., Haber P.S., Seitz H.K., Day C.P., Mathurin P., Morgan T.M., Seth D.; Genom A.L.C. Consortium. Evaluation of laboratory tests for cirrhosis and for alcohol use, in the context of alcoholic cirrhosis. Alcohol. 2018 Feb; 66:1-7. [Электронный ресурс]. – doi: 10.1016/j.alcohol.2017.07.006. [PubMed]
82. Lid T.G., Eide G.E., Dalen I., Meland E. Can routine information from electronic patient records predict a future diagnosis of alcohol use disorder? Scand. J. Prim. Health Care. 2016 Sep; 34(3):215-23. [Электронный ресурс]. – doi: 10.1080/02813432.2016.1207138. [PubMed]
83. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Substance Abuse Treatment. The role of biomarkers in the Treatment of Alcohol Use Disorders. US Department of Health and Human Services. September. 2006 [Электронный ресурс]. – <http://kap.samsha.gov/>.
84. Sommers M.S. Savage C., Wray J., Dyehouse J.M., Laboratory measures of alcohol (ethanol) consumption: strategies of assess drinking patterns with biochemical measures./Biol. Res. Nurs. 2003. Jun. 4(3). P 203-207. [Электронный ресурс]. – doi: 10.1177/1099800402239624 [MEDLINE]
85. Востриков В.В., Зеленцов К.Е., Майорова О.В., Востриков М.В., Павленко В.П., Шабанов П.Д. Методы диагностики алкогольной зависимости/ Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии.- Издательство: ООО "Эко-Вектор" (Санкт-Петербург), Т: 6, №4, 2008.- С. 26-52.
86. Zheng J.S., Sharp S.J., Imamura F., Koulman A., Schulze M.B., Ye Z., Griffin J., Guevara M., Huerta J.M., Kröger J., Sluijs I., Agudo A., Barricarte A., Boeing H., Colorado-Yohar S., Dow C., Dorransoro M., Dinesen P.T., Fagherazzi G., Franks P.W., Feskens E.J.M., Kühn T., Katzke V.A., Key T.J., Khaw K.T., de Magistris M.S., Mancini F.R., Molina-Portillo E., Nilsson P.M., Olsen A., Overvad K., Palli D., Quirós J.R., Rolandsson O., Ricceri F., Spijkerman A.M.W., Slimani N., Tagliabue G., Tjonneland A., Tumino R., van der Schouw Y.T., Langenberg C., Riboli E., Forouhi N.G., Wareham N.J. Association between plasma phospholipid saturated fatty acids and metabolic markers of lipid, hepatic, inflammation and glycaemic pathways in eight European countries: a cross-sectional analysis in the EPIC-InterAct study. BMC Med. 2017 Nov. 17; 15(1):203. [Электронный ресурс]. – doi: 10.1186/s12916-017-0968-4. [PubMed]
87. Howlett H., Abernethy S., Brown N.W., Rankin J., Gray W.K.. How strong is the evidence for using blood biomarkers alone to screen for alcohol consumption during pregnancy? A systematic review. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2017 Jun; 213:45-52. . [Электронный ресурс]. – doi: 10.1016/j.ejogrb.2017.04.005. Epub 2017 Apr 5. [PubMed]
88. Weingartner H., Grafman J., Boutelle W., Kaye W., Martin P.R. Forms of memory failure. Science. 1983 Jul 22; 221(4608):380-2. [Электронный ресурс]. – PMID: 6867715 [MEDLINE]
89. Smith M.E., Oscar-Berman M. Repetition priming of words and pseudowords in divided attention and in amnesia. J Exp Psychol Learn Mem Cogn. 1990; 16(6):1033–1042. [Электронный ресурс]. – PMID: 2148577 [MEDLINE]

90. Verfaellie M, Cermak LS, Blackford SP, Weiss S. Strategic and automatic priming of semantic memory in alcoholic Korsakoff patients. *Brain Cogn.* 1990; 13(2):178–192.
91. Sachdeva A., Chandra M., Choudhary M., Dayal P., Anand KS. Alcohol-Related Dementia and Neurocognitive Impairment: A Review Study. *Int J High Risk Behav Addict.* 2016 Sep; 5(3): e27976. Published online 2016 Feb 7. [Электронный ресурс]. – doi: 10.5812/ijhrba.27976 [PubMed]
92. Bonnet U., Taazimi B., Borda T., Grabbe HD2. Improvement of a woman's alcohol-related dementia via off-label memantine treatment: a 16-month clinical observation. *Ann Pharmacother.* 2014 Oct; 48(10):1371-5. [Электронный ресурс]. – doi: 10.1177/1060028014542270.
93. Cheon Y., Park J., Joe K.H., Kim D.J. The effect of 12-week open-label memantine treatment on cognitive function improvement in patients with alcohol-related dementia. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 2008 Nov; 11(7):971-83. [Электронный ресурс]. – doi: 10.1017/S1461145708008663.
94. Rustembegovic A., Kundurovic Z., Sapcanin A., Sofic E. A placebo-controlled study of memantine (Ebixa) in dementia of Wernicke-Korsakoff syndrome. *Med Arh.* 2003; 57(3): 149-50. [Электронный ресурс]. – PMID: 12858653 [MEDLINE].
95. Muhonen L.H., Lönnqvist J., Juva K., Alho H. Double-blind, randomized comparison of memantine and escitalopram for the treatment of major depressive disorder comorbid with alcohol dependence. *J. Clin. Psychiatry.* 2008 Mar; 69(3):392-399. [Электронный ресурс]. – PMID: 18348597[MEDLINE]
96. Nespor K. Alcohol-related amnesia ("blackout") in broader perspective. *Cas LekCesk.* 2004; 143(12):861-2. [Электронный ресурс]. – PMID: 15730221[MEDLINE]
97. Day E, Bentham PW, Callaghan R, Kuruvilla T, George S. Thiamine for prevention and treatment of Wernicke-Korsakoff syndrome in people who abuse alcohol. In: Day E, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013 Jul 1;(7) : CD004033. [Электронный ресурс]. – doi: 10.1002/14651858.CD004033.pub3.
98. Thomson AD, Marshall EJ. The natural history and pathophysiology of Wernicke's encephalopathy and Korsakoff's psychosis. *Alcohol Alcohol.* 2006; 41(2):151–158. [Электронный ресурс]. – doi: 10.1093/alcalc/agh249 [PubMed]
99. Thomson AD, Marshall EJ. The treatment of patients at risk of developing Wernicke's encephalopathy in the community. *Alcohol Alcohol.* 2006; 41(2):159–167. [Электронный ресурс]. – doi: 10.1093/alcalc/agh250 [PubMed]
100. Thomson AD, Cook CC, Touquet R, Henry JA. The Royal College of Physicians report on alcohol: guidelines for the managing Wernicke's encephalopathy in the accident and emergency department. *Alcohol Alcohol* 2002; 37: 513–521. [Электронный ресурс]. – PMID: 12414541 [MEDLINE].
101. Victor MV, Adams RC, Collins GH. *The Wernicke Korsakoff Syndrome and Related Neurological Disorders Due to Alcoholism and Malnutrition.* Philadelphia, PA: FA Davis; 1989.
102. Cook CC, Hallwood PM, Thomson AD. B Vitamin deficiency and neuropsychiatric syndromes in alcohol misuse. *Alcohol Alcohol.* 1998 Jul-Aug; 33(4):317-36. [Электронный ресурс]. – PMID: 9719389 [MEDLINE].
103. Martin PER, Singleton CK, Hiller-Sturmhofel S. The role of thiamine deficiency in alcoholic brain disease. *Alcohol Res Health* 2003; 27: 134–142. [Электронный ресурс]. – PMID: 15303623 [MEDLINE].
104. Oudman E, Nijboer T.C., Postma A., Wijnia J.W, Van der Stigchel S. Procedural Learning and Memory Rehabilitation in Korsakoff's Syndrome - a Review of the Literature.

- Neuropsychol. Rev., 2015; 25(2): 134-148. [Электронный ресурс]. – doi: 10.1007/s11065-015-9288-7 [PubMed].
105. Smith, I., Hilman, A. (1999). Management of alcohol Korsakoff syndrome. *Advances in Psychiatric Treatment*, 5, 271–278. [Электронный ресурс]. – doi:10.1192/apt.5.4.271.
106. Ambrose ML, Bowden SC, Whelan G. Thiamine deficiency and working memory function of alcohol dependent people: preliminary findings. *Alcohol Clin Exp Res*. 2001; 25: (1): 112–116. [Электронный ресурс] – PMID: 11198705 [MEDLINE].
107. Reuster T, Buechler J, Winiecki P, Oehler J. Influence of reboxetine on salivary MHPG concentration and cognitive symptoms among patients with alcohol-related Korsakoff's syndrome. *Neuropsychopharmacology*. 2003 May; 28(5):974-8. [Электронный ресурс] – doi: 10.1038/sj.npp.1300118 [PubMed].
108. Martin PR, Adinoff B, Eckardt MJ, Stapleton JM, Bone GA, Rubinow DR, Lane EA, Linnoila M. Effective pharmacotherapy of alcoholic amnestic disorder with fluvoxamine. Preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry*. 1989 Jul; 46(7):617-21. [Электронный ресурс] – PMID: 2472126 [MEDLINE].
109. Monastero R, Mangialasche F, Camarda C, et al. A systematic review of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment. *J. Alzheimers Dis*. 2009; 18(1):11-30. [Электронный ресурс] – doi: 10.3233/JAD-2009-1120.
110. Lee RS, Dore G, Juckes L, De Regt T, Naismith SL, Lagopoulos J, Tickell A, Hickie IB, Hermens DF. Cognitive dysfunction and functional disability in alcohol-dependent adults with or without a comorbid affective disorder. *Cogn Neuropsychiatry*. 2015;20(3):222-31. [Электронный ресурс] – doi: 10.1080/13546805.2015.1014031 [PubMed].
111. Tipps ME, Raybuck JD, Lattal KM. Substance abuse, memory, and post-traumatic stress disorder. *Neurobiol Learn Mem*. 2014 Jul;112:87-100. [Электронный ресурс] – doi: 10.1016/j.nlm.2013.12.002 [PubMed].
112. Cohn AM, Cobb C, Hagman BT, Cameron A, Ehlke S, Mitchell JN. Implicit alcohol cognitions in risky drinking nicotine users with and without co-morbid major depressive disorder. *Addict Behav*. 2014 Apr;39(4):797-802. [Электронный ресурс] – doi: 10.1016/j.addbeh.2013.12.012 [PubMed].
113. Иванец Н.Н., Даренский И.Д., Стрелец Н.В., Уткин С.И. Лечение алкоголизма, наркоманий. Токсикоманий (в таблицах). – М., 2000. – 57 с.
114. М.А. Винникова, Н.Н. Усманова, А.Ю. Ненастьева, Н.В. Пинская. Эффективность и безопасность препарата «Фосфоглив» при алкогольной болезни печени: предварительные результаты многоцентрового рандомизированного двойного слепого плацебоконтролируемого исследования «Ягуар» (PHG-M2/P03-12). //Ж. Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. № 4. – 2015. – с. 23-28.
115. Иванец Н.Н., Винникова М.А., Жиров Н.Н. Эспалипон (α-липоевая кислота) в комплексном лечении алкогольной зависимости. Результаты сравнительного исследования. //Ж. Вопросы наркологии. - 2004. - №3. – С.17-27.
116. Ивашкин В.Т., Маевская М.В., Павлов Ч.С., Сиволап Ю.П., Луньков В.Д., Жаркова М.С., Масленников Р.В. Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени по ведению взрослых пациентов с алкогольной болезнью печени/Рос. Журн. гастроэнтерол. гепатолокопроктол 2017; 27(6). С.20-40.

117. Badawy AA. Pellagra and alcoholism: a biochemical perspective. *Alcohol Alcohol*. 2014 May-Jun; 49(3):238-50. [Электронный ресурс] – doi: 10.1093/alcalc/agu010 [PubMed].
118. Sharma B., Sannegowda RB, Jain R, Dubey P, Prakash S. A rare case of alcoholic pellagra encephalopathy with startle myoclonus and marked response to niacin therapy: time for a new dictum? *BMJ Case Rep*. 2013 Apr 22; 2013. [Электронный ресурс] – doi: 10.1136/bcr-2013-008906 [PubMed].
119. Tiwari V., Kuhad A, Chopra K. Suppression of neuro-inflammatory signaling cascade by tocotrienol can prevent chronic alcohol-induced cognitive dysfunction in rats. *Behav Brain Res*. 2009 Nov 5; 203(2):296-303. [Электронный ресурс] – PMID: 19464322 [MEDLINE].
120. Cook CC, Thomson AD. B-complex vitamins in the prophylaxis and treatment of Wernicke-Korsakoff syndrome. *Br J Hosp Med*. 1997; 57: p. 461–465.
121. Allen, D.N.; Goldstein, G.; Seaton, B.E. Cognitive rehabilitation of chronic alcohol abusers. *Neuropsych Review*/ 1997; 7(1):21-39. [Электронный ресурс] – PMID: 9243529 [MEDLINE].
122. McCrady, B.S., Smith, D.E. Implications of cognitive impairment for the treatment of alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res*. 1986;10(2):145-149. [Электронный ресурс] – PMID: 3521371 [MEDLINE].
123. Fujiwara E, Brand M, Borsutzky S, Steingass HP, Markowitsch HJ. Cognitive performance of detoxified alcoholic Korsakoff syndrome patients remains stable over two years. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2008; 30:576–587. [Электронный ресурс] – doi: 10.1080/13803390701557271. [PubMed]
124. Oudman E, Nijboer TCW, Postma A, Wijnia JW, Van der Stigchel S. Procedural learning and memory rehabilitation in Korsakoff's syndrome – a review of the Literature. *Neuropsychol Rev*. 2015; 25(2):134–148. [Электронный ресурс] – doi: 10.1007/s11065-015-9288-7. [PubMed]
125. de Joode EA, van Boxtel MPJ, Hartjes P, Verhey FRJ, van Heugten CM. Use of an electronic cognitive aid by a person with Korsakoff syndrome. *Scand J Occup Ther*. 2013;20(6):446–453. [Электронный ресурс] – doi: 10.3109/11038128.2013.821161. [PubMed]
126. Svanberg J, Evans JJ. Neuropsychological rehabilitation in alcohol-related brain damage: a systematic review. *Alcohol Alcohol*. 2013;48(6):704–711. [Электронный ресурс] – doi: 10.1093/alcalc/agt131 [PubMed]
127. Hunt SA, Baker AL, Michie PT, Kavanagh DJ. Neurocognitive profiles of people with comorbid depression and alcohol use: implications for psychological interventions. *Addict Behav*. 2009;34(10):878–86. doi: 10.1016/j.addbeh.2009.03.036. [PubMed]
128. Allen, D.N.; Goldstein, G.; Seaton, B.E. Cognitive rehabilitation of chronic alcohol abusers. *Neuropsych Review*/ 1997; 7(1):21-39. [Электронный ресурс] – PMID: 9243529 [MEDLINE].
129. Goldstein G, Haas GL, Shemansky WJ, Barnett B, Salmon-Cox S. Rehabilitation during alcohol detoxication in comorbid neuropsychiatric patients. *J Rehabil Res Dev*. 2005;42(2):225–34. [Электронный ресурс] – PMID: 15944887 [MEDLINE]
130. Huckans, M., Hutson, L., Twamley, E., Jak, A., Kaye, J., & Storzbach, D. Efficacy of cognitive rehabilitation therapies for mild cognitive impairment (MCI) in older adults: Working toward a theoretical model and evidence-based interventions. *Neuropsychology Review*. 2013; 23(1), 63-80. [Электронный ресурс] – doi: 10.1007/s11065-013-9230-9 [PubMed]

131. Morrison F, Pestell S. The application of cognitive behavioural therapy to individuals with comorbid depression and alcohol related brain damage, *Clin Psychol Forum* , 2010, vol. 206: 13-18.
132. Van Damme I, d'Ydewalle G. Elaborative processing in the Korsakoff syndrome: context versus habit, *Brain Cogn*, 2008; 67 (2): 212-24. [Электронный ресурс] – doi: 10.1016/j.bandc.2008.01.004. [PubMed]
133. Van Oort R, Kessels RP. Executive dysfunction in Korsakoff's syndrome: time to revise DSM criteria for alcohol-induced persisting amnesic disorder? *Int J Psychiatry Clin Prac*. 2009; 13:78–81. [Электронный ресурс] – doi: 10.1080/13651500802308290. [PubMed]
134. Dirksen CL, Howard JA, Cronin-Golomb A, Oscar-Berman M. Patterns of prefrontal dysfunction in alcoholics with and without Korsakoff's syndrome, patients with Parkinson's disease, and patients with rupture and repair of the anterior communicating artery. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2006; 2:327–339. [Электронный ресурс] – doi: 10.2147/ndt.2006.2.3.327. [PubMed]
135. Jak AJ. The impact of physical and mental activity on cognitive aging. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*. 2012; 10:273–291. [Электронный ресурс] – doi: 10.1007/7854\_2011\_141. [PubMed]
136. Rupp CI, Kemmler G, Kurz M, Hinterhuber H, Fleischhacker WW. Cognitive remediation therapy during treatment for alcohol dependence. *J Stud Alcohol Drugs*. 2012;73(4):625–34. [Электронный ресурс] – PMID: 22630801 [MEDLINE]
137. Clare L, Jones RSP. Errorless learning in the rehabilitation of memory impairment: a critical review. *Neuropsychol Rev*. 2008;18(1):1–23. [Электронный ресурс] – doi: 10.1007/s11065-008-9051-4 [PubMed]
138. Haslam C, Kessels RPC. *Errorless Learning in Neuropsychological Rehabilitation: Mechanisms, Efficacy and Application*. Oxon, UK: Routledge; 2018; 212p.
139. Baddeley A, Wilson BA. When implicit learning fails: amnesia and the problem of error elimination, *Neuropsychologia*, 1994; 32 (1): 53-68. [Электронный ресурс] – PMID: 8818154 [MEDLINE]
140. Evans JJ, Wilson BA, Schuri U, et al. A comparison of 'errorless' and 'trial-and-error' learning methods for teaching individuals with acquired memory deficits, *Neuropsychol Rehabil* , 2000; 10 (1), 67-101.
141. Kessels RPC, van Loon E, Wester AJ. Route learning in amnesia: a comparison of trial-and-error and errorless learning in patients with the Korsakoff syndrome, *Clin Rehabil* , 2007; 21 (10): 905-911. [Электронный ресурс] – doi: 10.1177/0269215507077309 [PubMed]
142. Heindel, W. C., Butters, N., & Salmon, D. P. (1988). Impaired learning of a motor skill in patients with Huntington's disease. *Behavioral Neuroscience*, 1988; 102 (1): 141–147. [Электронный ресурс] – doi:10.1037/0735-7044.102.1.141. [PubMed]
143. Nissen, M. J., & Bullemer, P. Attentional requirements of learning: evidence from performance measures. *Cognitive Psychology*, 1987; 19(1): 1–32. [Электронный ресурс] – doi:10.1016/0010-0285(87)90002-8.
144. Morgan J, McSharry K, Sireling L. Comparison of a system of staff prompting with a programmable electronic diary in a patient with Korsakoff's syndrome, *Int J Soc Psychiatry* , 1990; 36(3): 225-229. [Электронный ресурс] – doi: 10.1177/002076409003600308 [PubMed]

145. Monteiro MFA, Bolognani SAP, Rivero TS, et al. Neuropsychological intervention in a case of Korsakoff's amnesia, *Brain Impair*, 2011, 12: 231-238. [Электронный ресурс] – doi: 10.1375/brim.12.3.231
146. Volkow, N.; Wang, G.J.; Doria, J.J. Monitoring the brain's response to alcohol with positron emission tomography. *Alcohol Health Res World*, 1995; 19(4):296-299.
147. Scherder EJA, Van Paaschen J, Deijen JB, Van Der Knokke S, Orlebeke K, Burgers I, et al. Physical activity and executive functions in the elderly with mild cognitive impairment. *Aging & Mental Health*. 2005;9(3):272–280. [Электронный ресурс] – doi: 10.1080/13607860500089930 [PubMed]
148. Baker LD, Frank LL, Foster-Schubert K, Green PS, Wilkinson CW, Mc Tiernan A, et al. Effects of aerobic exercise on mild cognitive impairment. *Archives of Neurology*. 2010;67(1):71–79. [Электронный ресурс] – doi: 10.1001/archneurol.2009.307 [PubMed]
149. Lam LCW, Chau RCM, Wong BML, Fung AWT, Lui VWC, Tam CCW, et al. Interim follow-up of a randomized controlled trial comparing Chinese style mind body (Tai Chi) and stretching exercises on cognitive function in subjects at risk of progressive cognitive decline. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2011; 26(7):733–740. [Электронный ресурс] – doi: 10.1002/gps.2602 [PubMed]
150. Nagamatsu LS, Handy TC, Hsu CL, Voss M, Liu-Ambrose T. Resistance training promotes cognitive and functional brain plasticity in seniors with probable mild cognitive impairment. *Archives of Internal Medicine*. 2012;172(8):666–668. [Электронный ресурс] – doi: 10.1001/archinternmed.2012.379. [PubMed]
151. NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence (2011) Alcohol-use disorder: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence. *NICE Clinical Guidelines, No. 115*. Leicester (UK): National Collaborating Centre for Mental Health (UK). [British Psychological Society](#); ISBN-13: 978-1-904671-26-8.

## **Приложение А1. Состав рабочей группы**

**Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций: Профессиональное сообщество врачей-наркологов. Ассоциация наркологов.**

### **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
4. Врач-психиатр участковый
5. Врач-невролог
6. Врач психотерапевт
7. Медицинский психолог

При разработке настоящих клинических рекомендаций использованы следующие информационные средства:

- «Требования к оформлению клинических рекомендаций для размещения в Рубрикаторе». Письмо Первого заместителя министра здравоохранения И.Н. Каграманяна от 01 сентября 2016г. №17-4/10/1-4939.
- 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, PubMed, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Регламентирующие документы Правительства Российской Федерации и Министерства Здравоохранения Российской Федерации.

**Таблица 3. Уровень убедительности рекомендаций (УУР) для диагностических вмешательств**

<b>УУР</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>А</b>	Однозначная (сильная) рекомендация (все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
<b>В</b>	Неоднозначная (условная) рекомендация (не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
<b>С</b>	Низкая (слабая) рекомендация – отсутствие доказательств надлежащего качества (все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

**Таблица 4. Уровень достоверности доказательств (УДД) для диагностических вмешательств**

<b>УДД</b>	<b>Иерархия дизайнов клинических исследований</b>
------------	---



1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом <sup>3</sup>
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Таблица 5. Уровень убедительности рекомендаций (УУР) для лечебных, реабилитационных, профилактических вмешательств**

УУР	Расшифровка
<b>А</b>	Однозначная (сильная) рекомендация, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
<b>В</b>	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)
<b>С</b>	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)

**Таблица 6. Уровень достоверности доказательств (УДД) для лечебных, реабилитационных, профилактических вмешательств**

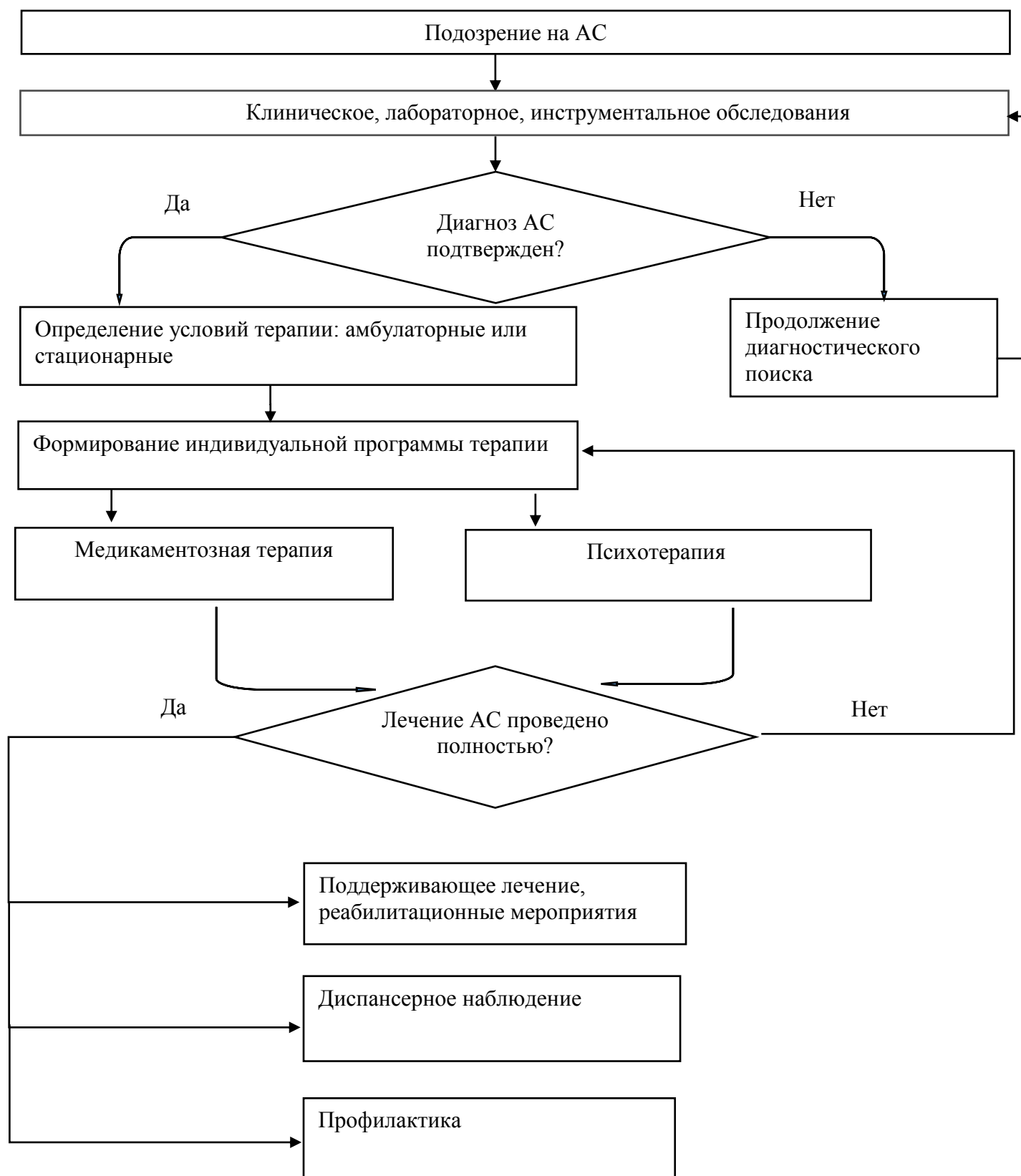
УДД	Иерархия дизайнов клинических исследований
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна (помимо РКИ) с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

**Порядок обновления клинических рекомендаций – пересмотр 1 раз в 3 года.**

<sup>3</sup> Общепринятым стандартом КИ диагностических вмешательств является одномоментный дизайн исследования, в котором к каждому включенному пациенту параллельно и в одинаковых условиях применяются исследуемый диагностический метод и референсный метод, являющийся «золотым стандартом» диагностики изучаемого заболевания или состояния, при этом исследуемый и референсный методы должны применяться независимо друг от друга и должны интерпретироваться исследователем без знания результатов применения другого метода



## Приложение Б. Алгоритм диагностики амнестического синдрома



## **Приложение В. Информация для пациента и его родственников**

Амнестический синдром – это психическое расстройство, возникающее у людей, которые регулярно, и, в некоторых случаях, длительно употребляют психоактивные вещества, включая алкоголь.

### **Какие факторы провоцируют развитие амнестического синдрома?**

- Длительное и/или систематическое употребление психоактивных веществ.
- Заболевания печени, вследствие употребления психоактивных веществ.
- Перенесенный психоз (белая горячка) вследствие употребления психоактивных веществ.

• Недостаточное потребление минералов, витаминов (особенно витамина В1), в результате:

- недоедания,
- плохого, неполноценного питания,
- рвоты;
- поноса.

- Изменение образа жизни (бездомность).

### **Каковы симптомы амнестического синдрома?**

- невозможность вспомнить недавние события: что ел на завтрак, с кем познакомился, как зовут лечащего врача, где находится палата и т.п.

- в тяжелых случаях возникают трудности назвать текущую дату и день недели, определить продолжительность беседы и т.п.

- может беспокоить боль в конечностях, особенно ногах; иногда отмечается снижение чувствительности в области кистей и стоп.

- могут наблюдаться раздражительность, утомляемость, истощаемость; отсутствует желание что-либо делать.

### **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.

Амнестический синдром условно делится на степени тяжести:

- при легкой показано амбулаторное лечение;
- при средней и тяжелой – госпитализация.

### **Лечение и прогноз.**

Задачи лечебных мероприятий:

- коррекция расстройств памяти;
- улучшение соматического и неврологического состояния, эмоциональной сферы;
- выработка установки на воздержание от приема ПАВ, длительную терапию алкогольной зависимости, реабилитацию.

Лечение амнестического синдрома не всегда эффективно. Исход не предсказуем, т.к. является следствием длительного злоупотребления психоактивных веществ, и, во многом, зависит от степени тяжести имеющихся расстройств. В тяжелых случаях пациент не может в полной мере сам себя обслуживать и нуждается в длительном уходе, в связи с чем может встать вопрос об оформлении над ним опеки.

### **Как я могу помочь самому себе?**

1. Полностью отказаться от приема психоактивных веществ. Доказано, что воздержание от употребления психоактивных веществ, в том числе алкоголя, может способствовать улучшению памяти, а в некоторых случаях и ее восстановлению.

2. Вести здоровый образ жизни, соблюдать режим, правильно (полноценно) и регулярно питаться, заниматься физическими упражнениями (возможны пешие прогулки - 2 часа в день) – все это играет большую роль в восстановлении памяти.

3. Выполнять все предписания и рекомендации лечащего врача, не пропускать назначенные лечебные процедуры.

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

## **Приложение Г. Рекомендуемые препараты для лечения АС**

**Таблица 2.** Препараты группы ноотропных средств для лечения больных с АС<sup>1</sup>.

Лекарственное средство (МНН)	Показания	Дозы
Гамма-аминомасляная кислота	Алкогольные энцефалопатия и полинейропатия; нарушение памяти, внимания, речи, головокружение и головная боль. Повышает продуктивность мышления.	Средняя суточная доза 3000–3750 мг
Деанолаацеглумат	Психоорганический синдром, интеллектуально-мнестические нарушения, астенические и астено-депрессивные расстройства при синдроме зависимости. Эффективен при печеночной патологии разной степени тяжести. Повышает концентрацию внимания.	Средняя суточная доза 4000-6000 мг
Гопантенвая	Оказывает стимулирующее действие	1500 – 3000 мг в

кислота	на ЦНС на фоне церебральной недостаточности экзогенно-органического генеза. Активизирует умственную деятельность, снижает моторную возбудимость, упорядочивает поведение. Применяют в том числе, при церебральном синдроме, гепатоцеребральной дистрофии.	сутки
Идебенон	Психоорганический синдром, в т.ч. при нарушении мозгового кровообращения, возрастных инволюционных изменениях головного мозга и т.д.; церебральные расстройства разной этиологии; функциональные нарушения ЦНС (ослабление памяти, внимания, интеллектуальной продуктивности, эмоциональная неустойчивость).	До 90 мг в сутки
Никотиноил гамма-аминомасляная кислота	Алкогольная энцефалопатия. Состояния тревоги, страха, повышенной раздражительности у больных с алкогольной зависимостью.	40–150 мг в сутки
N-карбамоилметил-4-фенил-2-пирролидон **	Заболевания ЦНС различного генеза, связанные с нарушениями обменных процессов в мозге, сопровождающиеся ухудшением интеллектуально-мнестических функций, психоорганические синдромы, проявляющиеся интеллектуально-мнестическими нарушениями и апатико-абулическими явлениями, хронический алкоголизм (с целью уменьшения явлений астении, депрессии, интеллектуально-мнестических нарушений).	100-200 мг в сутки
Пирацетам **	Интеллектуально-мнестические нарушения различного генеза.	1200-2400 мг в сутки
Мемантин	Мнестические расстройства, конфабуляции, умеренное интеллектуальное снижение.	10-15 мг 1 раз в день в течение 3-4 недель
Церетон	Психоорганический синдром, когнитивные расстройства	400 мг 3 раза в день
Левокарнитин	Увеличивает двигательную активность, повышает переносимость физических нагрузок, увеличивает запас гликогена в печени. Применяют при неврастении, травматической энцефалопатии, физическом истощении, заболеваниях печени.	1000 мг в сутки
Глицин **	Различные функциональные и органические заболевания нервной системы с повышенной возбудимостью, эмоциональной нестабильностью, сниженной умственной работоспособностью различные формы энцефалопатий, в т.ч. алкогольного генеза.	200-300 мг в день
Диметилксобутилфосфонилдиметилат	Димефосфон улучшает регуляцию мозгового кровообращения, положительно влияет на	1 мл 15% раствора на 5 кг

	метаболизм тканей головного мозга при их ишемии, улучшает венозный отток. Эффективность клинического применения препарата при различных формах цереброваскулярной недостаточности связана с его способностью повышать устойчивость нервных клеток к ишемии, с уменьшением отека и улучшением микроциркуляции.	массы тела, 1–4 раза в сутки
Винпоцетин **	Применяют, в т.ч., при энцефалопатиях различного генеза, хронической сосудистой церебральной недостаточности.	5–10 мг 3 раза в сутки

Примечание:

<sup>1</sup> – все препараты входят в Формулярную систему

\*\* – препарат входит в перечень ЖНВЛП