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

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: F10.6 · Общественная организация "Российское общество психиатров"

Амнестический синдром, вызванный употреблением алкоголя, — хроническое расстройство памяти, прежде всего способности запоминать новую информацию; его синоним — Корсаковский синдром. Рекомендация описывает клиническую диагностику, исключение энцефалопатии Вернике и других причин, лечение тиамином и мемантином, поддержание трезвости и когнитивную реабилитацию.

Главное

- Основной дефект при АС — стойкое нарушение запоминания нового и памяти на недавние события; ретроградная амнезия обычно выражена меньше. Другие когнитивные функции относительно сохранны, а сознание остаётся ясным.
- Нарушение сознания строго противоречит диагностическим критериям АС; энцефалопатия Вернике является острым состоянием, которое необходимо отличать от АС.
- Патогенетически алкогольный АС связан с дефицитом тиамина в ЦНС; энцефалопатия Вернике часто предшествует хронической фазе — Корсаковскому синдрому. Даже при лечении обычно возможны только умеренные улучшения.
- Ключевая часть терапии — воздержание от алкоголя и других ПАВ; при лёгких мнестических нарушениях и длительном воздержании возможно частичное восстановление трудоспособности.
- Для восстановления памяти и повседневной самостоятельности всем пациентам проводят когнитивный тренинг, включая обучение стратегиям компенсации нарушенных функций (УУР В, УДД 3).
- При средней и тяжёлой степени нужны круглосуточное медицинское наблюдение и стационарная помощь; длительность стационарного лечения может достигать 90 дней.

Диагностика

1. Провести осмотр психиатром-наркологом и собрать анамнез из нескольких источников: пациент, родственники, медицинская документация и другие доступные сведения (УУР С, УДД 5). Уточнить связь нарушений с употреблением алкоголя и исключить иные причины АС.
2. Подтвердить два ведущих признака: нарушение усвоения новой информации с дефектом памяти на недавние события и снижение воспроизведения прошлого опыта. Убедиться в отсутствии помрачения или угнетения сознания, выраженного нарушения внимания, восприятия, мышления и грубого интеллектуального снижения.
3. Провести соматическое и неврологическое обследование: оценить питание, массу тела, жизненные показатели, печень и другие органы; проверить зрачковые реакции, нистагм, тремор, чувствительную и двигательную сферу, координацию (УУР С, УДД 5).
4. Искать энцефалопатию Вернике: наличие двух и более признаков — глазодвигательных нарушений, мозжечковых симптомов, нарушений питания, изменений психического статуса и/или нарушения памяти — говорит в пользу этого состояния.
5. До начала лечения и в динамике выполнить биохимический и общий анализы крови, общий анализ мочи; исследования нужны для выявления сопутствующей патологии, оценки безопасности терапии и дополнительной оценки хронической алкогольной интоксикации (УУР С, УДД 5).
6. Провести консультацию невролога и нейровизуализацию головного мозга — МРТ или КТ — для исключения неалкогольных причин нарушений памяти и сопутствующей неврологической патологии (УУР С, УДД 5). При подозрении на рассеянный склероз или опухоль МРТ выполняют с контрастированием после определения показаний неврологом.

7. Оценить когнитивные функции по MoCA: максимум — 30 баллов, 26 и более считают нормой, 25 и менее указывают на когнитивные нарушения; в исследованиях для пациентов с алкогольными когнитивными расстройствами 20 баллов и ниже указывали на АС (УУР B, УДД 3).

Лечение

- Добиваться воздержания от алкоголя и других ПАВ — это наиболее важная часть лечения; цели лечения включают коррекцию мнестических расстройств, стабилизацию эмоциональной сферы и соматоневрологического состояния, а также формирование установки на продолжительное лечение и реабилитацию.
- При отсутствии противопоказаний назначать мемантин для стабилизации или улучшения когнитивных функций (УУР C, УДД 4): начать с 5 мг/сут, повышать на 5 мг еженедельно до 20 мг/сут; клинический эффект оценивать через 12 недель.
- Назначать тиамин при состояниях, связанных с его дефицитом, с учётом тяжести (УУР C, УДД 3): пациентам с синдромом зависимости от алкоголя — 100 мг/сут внутрь; при дефиците массы тела, недостаточном питании за последний месяц или концентрации тиамина менее 170 нмоль/л — 250 мг внутривенно или внутримышечно 1 раз в сутки 3–5 дней; при выраженных соматоневрологических нарушениях или после алкогольного делирия — 500 мг внутривенно 3 раза в сутки до уменьшения неврологической симптоматики.
- Препараты группы N06BX могут применяться для стабилизации или улучшения когнитивных функций (УУР C, УДД 5). В тексте приведены дозы: аминофенилмасляная кислота 750–1500 мг/сут внутрь, винпоцетин 5–10 мг 3 раза в сутки, гопантеновая кислота 1500–3000 мг/сут, никотиноил гамма-аминомасляная кислота 20–50 мг разово и 40–300 мг/сут, пирацетам 400–1200 мг разово и 2400–3200 мг/сут, церебролизин 1–5 мл внутримышечно или 10–60 мл внутривенно; курс ежедневно 4 недели.
- При психомоторном возбуждении, агрессивности, нарушениях поведения или угрозе безопасности назначать антипсихотики с осторожностью (УУР B, УДД 3). Предпочтительно начинать с минимально эффективных доз атипичных препаратов: рисперидон до 2–4 мг/сут или кветиапин 200 мг/сут внутрь.
- При лёгкой степени АС использовать мотивационное интервью и когнитивно-поведенческую терапию для поддержания трезвости, эмоциональной саморегуляции и преодоления влечения к алкоголю (УУР C, УДД 5). Мотивационное интервью проводят всем пациентам для оценки возможности реабилитации.
- Проводить когнитивный тренинг с медицинским психологом; для повседневных навыков может использоваться «безошибочное» обучение с пошаговыми инструкциями и немедленной помощью при затруднении (УУР B, УДД 3; консультация психолога — УУР C, УДД 5).
- Оценивать эффект по динамике психопатологических, соматовегетативных и неврологических нарушений; критерием эффективности лекарственной терапии является стабилизация психофизического состояния. Нежелательные явления контролировать в течение всего лечения по жалобам, осмотру, жизненным показателям, лабораторным и инструментальным данным (УУР C, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- Показания для госпитализации включают наличие неврологических расстройств, сопровождающих АС, и отсутствие клинического эффекта амбулаторной терапии.
- Среднюю и тяжёлую степень лечить в условиях круглосуточного медицинского наблюдения; к тяжёлой степени относят, в частности, беспомощность, неспособность к самообслуживанию и опасность для жизни из-за амнестической дезориентировки.
- При необходимости недобровольной госпитализации в документации зафиксировать одно из оснований: непосредственная опасность для себя или окружающих, беспомощность либо существенный вред здоровью при отсутствии психиатрической помощи.
- Выписка возможна после клинического улучшения с учётом доступности ухода и/или способности пациента к самообслуживанию.

Частые вопросы

Чем алкогольный амнестический синдром отличается от деменции?

При АС дефекты памяти непропорционально велики относительно других когнитивных нарушений, а другие познавательные функции обычно сохранны. Для деменции характерно более общее интеллектуальное снижение.

Можно ли ставить диагноз АС при спутанности сознания?

Нет: нарушение сознания противоречит диагностическим критериям АС.

Когда при подозрении на энцефалопатию Вернике нужен тиамин в высокой дозе?

При атаксии, нистагме или офтальмоплегии, спутанности или угнетении сознания, необъяснимых гипотонии и гипотермии, а также после алкогольного делирия назначают 500 мг тиамина внутривенно 3 раза в сутки до редукции неврологических симптомов. Такое состояние с нарушением сознания не соответствует критериям АС.

Как интерпретировать результат MoCA при алкогольных когнитивных нарушениях?

В общей интерпретации 26 баллов и более считают нормой, 25 и менее указывают на когнитивные нарушения. Для пациентов с когнитивными расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, 20 баллов и ниже в приведённых исследованиях соответствовали АС.

Как часто наблюдать пациента после установления ремиссии?

В первый год ремиссии осмотр психиатром-наркологом проводят не реже одного раза в месяц, при ремиссии от 1 до 2 лет — не реже одного раза в шесть недель, свыше 2 лет — не реже одного раза в три месяца. После прекращения диспансерного наблюдения частоту визитов определяют индивидуально, в среднем один раз в 3–6 месяцев.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/146-psihicheskie-i-povedencheskie-rasstrojstva-vyzvannye-upotrebleniem. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/146_2