

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

2014

Коллектив авторов

| | |
|------------------------------|--|
| Агибалова Татьяна Васильевна | Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, доктор медицинских наук |
| Альтшулер Владимир Борисович | Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор |
| Винникова Мария Алексеевна | Заместитель директора ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор |
| Козырева Анастасия Вадимовна | Заведующий клиническим отделением ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, кандидат медицинских наук |
| Кравченко Сергей Леонидович | Ведущий научный сотрудник научно-исследовательского отделения ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, кандидат медицинских наук |
| Ненастьева Анна Юрьевна | Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, кандидат медицинских наук |
| Уткин Сергей Ионович | Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, кандидат медицинских наук |

Оглавление

| | |
|---|----|
| 1. Методология | 4 |
| 2. Определение и принципы диагностики..... | 7 |
| 3. Диагностика заболевания. Общие положения..... | 8 |
| 4. Клиническая диагностика амнестического синдрома, вызванного употреблением психоактивных веществ | 10 |
| 5. Медикаментозное лечение амнестического синдрома | 11 |
| 6. Психотерапия..... | 18 |
| 7. Школа для пациентов с амнестическим синдромом | 22 |
| 8. Прогноз | 23 |

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

поиск в электронных базах данных

поиск литературных научных источников

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 5 лет для рекомендаций по терапии и 15 лет для рекомендаций по психотерапии.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

Таблица 1. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

| Уровни доказательств | Описание |
|----------------------|--|
| 1++ | Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок |
| 1+ | Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок |
| 1- | Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок |
| 2++ | Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2+ | Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2- | исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной |
| 3 | Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев) |
| 4 | Мнение экспертов |

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу, вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы могут варьировать в зависимости от типов исследований, и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций. Был использован вопросник MERGE, разработанный Департаментом здравоохранения Нового Южного Уэльса. Этот вопросник предназначен для детальной оценки и адаптации в соответствии с требованиями Российского Респираторного Общества (РРО) для соблюдения оптимального баланса между методологической строгостью и возможностью практического применения.

На процессе оценки несомненно может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е. по меньшей мере двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса, привлекался независимый эксперт.

Таблицы доказательств:

таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

консенсус экспертов.

Таблица 2. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

| Сила | Описание |
|----------|--|
| А | По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов |
| В | группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+ |
| С | группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или |

| | |
|----------|---|
| | экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++ |
| D | Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+ |

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points - GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых терапевтов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была так же направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев, с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причин отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте ННЦН (nncn.ru), для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован так же независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики - good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

2. Определение и принципы диагностики.

Таблица 3. Формализация диагноза по МКБ-10

| | |
|-------|---|
| F10.6 | Амнестический синдром, вызванный употреблением алкоголя |
| F11.6 | Амнестический синдром, вызванный употреблением опиоидов |
| F12.6 | Амнестический синдром, вызванный употреблением каннабиноидов |
| F13.6 | Амнестический синдром, вызванный употреблением седативных или снотворных веществ |
| F14.6 | Амнестический синдром, вызванный употреблением кокаина |
| F15.6 | Амнестический синдром, вызванный употреблением других стимуляторов, включая кофеин |
| F16.6 | Амнестический синдром, вызванный употреблением галлюциногенов |
| F18.6 | Амнестический синдром, вызванный употреблением летучих растворителей |
| F19.6 | Амнестический синдром, вызванный одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ |

Таблица 4. Диагностика амнестического синдрома, вызванного употреблением алкоголя или других психоактивных веществ

| | | |
|----------|--------------------------|--|
| 1 | Определение | <p>Амнестический синдром (далее – АС) – когнитивное расстройство, обусловленное злоупотреблением психоактивными веществами и характеризующееся доминированием снижения кратковременной памяти. Непосредственное запоминание обычно не нарушено.</p> <p><u>Включаются:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - АС, обусловленный алкоголем или другим психоактивным веществом; - амнестическое расстройство, обусловленное алкоголем или наркотиком; - корсаковский психоз или синдром, вызванный алкоголем или другим психоактивным веществом или неуточненный. <p><u>Исключается:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - неалкогольный и не вызванный другим психоактивным веществом корсаковский психоз, или синдром (F04.-). |
| 2 | Диагностические критерии | <p>При использовании кодов АС (табл.№1) применяются следующие диагностические правила:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Нарушение памяти проявляется двумя признаками: нарушение запоминания и дефект памяти на недавние события (нарушение усвоения нового материала) в степени, достаточной для того, чтобы вызвать затруднения в повседневной жизни, вплоть до амнестической дезориентировки; • Сниженная способность к воспроизведению прошлого опыта. • Отсутствие (или относительное отсутствие) следующих признаков: |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>помрачение сознания и расстройства внимания, как они определяются критерием А в F05.-; грубого интеллектуального снижения (деменции). Могут присутствовать также личностные изменения, часто с появлением апатии и потери инициативы (тенденция не заботиться о себе), но они не должны рассматриваться как обязательные для постановки диагноза.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие объективных данных: (физического и неврологического обследования, лабораторных тестов) и/или анамнестических сведений о заболевании мозга, кроме алкогольной энцефалопатии, которые могли бы обоснованно считаться причиной клинических проявлений в соответствии с критериями нарушений памяти, описанными выше. |
|--|--|---|

2. Этиология и патогенез амнестического синдрома, вызванного употреблением алкоголя или других психоактивных веществ

Таблица 5.

| Факторы | Описание |
|------------------------------|--|
| Биологические факторы | <p>В основе патогенеза – нарушения структуры и функции клеток нервной ткани вследствие прямого токсического действия психоактивного вещества (в случае с этанолом присоединяется его опосредованное влияние через токсические эффекты ацетальдегида) на клеточные мембраны, синтез белка и энергетические процессы в митохондриях. Возникают метаболические нарушения (ацидоз, накопление кетоновых тел и др.), что ведет к множеству вторичных изменений на клеточном и органном уровнях. Токсические эффекты и расстройство резорбции тиамин (витамин В1) приводят к дегенерации (в более тяжелых случаях – демиелинизация и глиоз) нервных клеток. АС развивается, если патологический процесс обуславливает билатеральное повреждение коры, гипоталамуса, гиппокампа и таламуса, а также ретикулярной формации, миндалина и септума.</p> |

3. Диагностика заболевания. Общие положения

Диагноз устанавливается на основании анамнестических данных: истории жизни и заболевания, а также общего осмотра пациента по системам и органам последовательно, произведения других врачебных манипуляций (измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания и т.д.); клинико-психопатологического обследования.

Медицинские услуги назначаются в соответствии со Стандартами специализированной медико-санитарной или медицинской помощи. Услуги делятся на обязательные, которые в плановом порядке проводятся всем больным, и услуги, которые проводятся в соответствии с состоянием больного, то есть по показаниям. Кроме того, есть услуги, которые можно проводить только в стационарных условиях (например, консультация врача анестезиолога-реаниматолога), или наоборот – только в амбулаторных условиях (например, исследование антител к психоактивным веществам в крови)

Таблица 6. Медицинские услуги для диагностики амнестического синдрома, вызванного употреблением психоактивных веществ (в стационарных и амбулаторных условиях)

| 1. Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста | |
|---|--|
| обязательно | по показаниям |
| <i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i> | |
| – Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога | – Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога – Прием (осмотр, консультация) врача-невролога – Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра – Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового – Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта |
| <i>Только в условиях стационарного отделения</i> | |
| | – Осмотр (консультация) врачом анестезиологом-реаниматологом |
| 2. Лабораторные методы исследования | |
| обязательно | по показаниям |
| – Проведение реакции Вассермана (RW) – Общий (клинический) анализ крови – Анализ крови биохимический общетерапевтический – Анализ мочи общий | – Исследование уровня психоактивных веществ в крови – Определение наличия психоактивных веществ в слюне – Определение наличия психоактивных веществ в слюне с помощью тест-полоски – Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови – Определение антигена к вирусу гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови – Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV1) в крови |
| <i>Только в условиях амбулаторного отделения</i> | |
| – Определение наличия психоактивных веществ в слюне с помощью тест-полоски – Исследование антител к психоактивным веществам в крови | |
| 3. Инструментальные методы исследования | |
| обязательно | по показаниям |
| <i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i> | |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">– Регистрация электрокардиограммы– Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных | <ul style="list-style-type: none">– Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)– Эхоэнцефалография– Электроэнцефалография– Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях– Флюорография легких– Рентгенография легких <p>Описание и интерпретация рентгенографических изображений</p> |
|---|--|

4. Клиническая диагностика амнестического синдрома, вызванного употреблением психоактивных веществ

F1x.6x Амнестический синдром

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. Викарные ложные воспоминания – галлюцинации памяти (конфабуляции) и иллюзии памяти (псевдореминисценции). Является наиболее тяжёлым этапным синдромом сквозного психоорганического процесса. Конфабуляции возможны, но не обязательны. Нарушено абстрактное мышление. Другие познавательные функции обычно сохранены, а дефекты памяти непропорционально велики относительно других нарушений. Имеется сознание болезни, но жалобы на плохую память нестойки и быстро забываются, сменяясь безучастностью.

Диагностические указания:

АС, вызванный употреблением алкоголя или других психоактивных веществ, должен отвечать общим критериям органического АС (смотри F04.-).

Могут присутствовать также личностные изменения, часто с появлением апатии и потери инициативы (тенденция не заботиться о себе), астения (склонность залеживаться в постели, ухудшение состояния к концу дня), но они не должны рассматриваться как обязательные для постановки диагноза.

Следует отметить:

АС преимущественно встречается в конечной стадии зависимости от психоактивных веществ (как исход острых энцефалопатий и тяжелых алкогольных делириев).

При использовании данного кода применяются следующие диагностические правила:

Нарушение памяти, проявляющееся двумя признаками:

- 1) нарушение запоминания и дефект памяти на недавние события (нарушение усвоения нового материала) в степени, достаточной для того, чтобы вызвать затруднения в повседневной жизни, вплоть до амнестической дезориентировки;
- 2) сниженная способность к воспроизведению прошлого опыта.

Отсутствие (или относительное отсутствие) следующих признаков:

1) помрачение сознания и расстройства внимания, как они определяются критерием а) в F05.-;

2) грубое интеллектуальное снижение (деменция).

Отсутствие объективных данных (физического и неврологического обследования, лабораторных тестов) и/или анамнестических сведений о заболевании мозга, кроме алкогольной энцефалопатии, которые могли бы обоснованно считаться причиной клинических проявлений в соответствии с критериями нарушений памяти, описанными выше.

Дифференциальный диагноз:

Следует учитывать возможность органического (неалкогольного) АС (смотри F04.-); других органических синдромов, включающих выраженные нарушения памяти (например, деменция или делирий) (F00-F03, F05.-), депрессивное расстройство (F31-F33).

В острой стадии дифференциальный диагноз основан только на неврологическом исследовании, данных объективного исследования, а также анамнезе. При *деменциях* течение амнезии хроническое, присоединяются нарушения других когнитивных функций. При злоупотреблении ПАВ нарушается непосредственное воспроизведения событий, то есть фиксационные расстройства, которые редки при органических АС. *Диссоциативная амнезия* является результатом вытеснения травматического события и непосредственно с ним связана, при ней не обнаруживается органического фона. При полиморфных *расстройствах личности* амнезии предшествуют характерные изменения поведения, мотиваций и памяти, относящиеся к другой личности.

5. Медикаментозное лечение амнестического синдрома

Медицинские услуги для лечения и контроля за лечением

Назначаются в соответствии со Стандартами специализированной медико-санитарной или медицинской помощи. Услуги делятся на обязательные, которые в плановом порядке проводятся всем больным, и услуги, которые проводятся в соответствии с состоянием больного, то есть по показаниям. Кроме того, есть услуги, которые можно проводить только в стационарных условиях, или наоборот – только в амбулаторных условиях. Например, при стационарном лечении больной должен ежедневно осматриваться врачом психиатром-наркологом. В амбулаторных же условиях в этом нет необходимости, поэтому проводится осмотр (консультация) врача психиатра-нарколога с такой частотой, которого требует состояние пациента и его программа терапии (**таблица 9**).

Таблица 7. Медицинские услуги для лечения амнестического синдрома, состояния и контроля за лечением в условиях стационарного и амбулаторного отделения

| 1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста | |
|--|--|
| обязательно | по показаниям |
| <i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i> | |
| <ul style="list-style-type: none"> – Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта – Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога | <ul style="list-style-type: none"> – Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога – Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога – Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста – Прием (осмотр, консультация) врача-невролога – Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога – Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра – Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового – Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта |
| <i>Только в условиях амбулаторного отделения</i> | |
| <ul style="list-style-type: none"> – Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога | |
| <i>Только в условиях стационарного отделения</i> | |
| <ul style="list-style-type: none"> – Ежедневный осмотр врачом-психиатром-наркологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала | <ul style="list-style-type: none"> – Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом – Суточное наблюдение врачом-анестезиологом-реаниматологом – Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта |
| 2. Лабораторные методы исследования | |
| <i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i> | |
| обязательно | по показаниям |
| <ul style="list-style-type: none"> – Анализ крови биохимический общетерапевтический | <ul style="list-style-type: none"> – Исследование уровня психоактивных веществ в крови – Определение наличия психоактивных веществ в слюне – Определение наличия психоактивных веществ в слюне с помощью тест-полоски – Тест на кровь в моче – Определение наличия психоактивных веществ в моче – Определение наличия психоактивных веществ в моче с помощью тест-полоски – Общий (клинический) анализ крови – Анализ мочи общий |
| <i>Только в условиях амбулаторного отделения</i> | |
| <ul style="list-style-type: none"> – Общий клинический анализ крови – Анализ мочи общий | <ul style="list-style-type: none"> – Исследование антител к психоактивным веществам в крови |
| 3. Инструментальные методы исследования | |
| обязательно | по показаниям |
| <i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i> | |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> – Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) – Эхоэнцефалография – Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных – Регистрация электрокардиограммы – Электроэнцефалография – Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях – Рентгенография легких – Флюорография легких – Описание и интерпретация рентгенографических изображений |
| 4. Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения | |
| обязательно | по показаниям |
| <i>Только в условиях стационарного отделения</i> | |
| | <ul style="list-style-type: none"> – Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение) |

Первичная медико-санитарная помощь при АС легкой степени выраженности (негрубые изменения памяти, неточная ориентировка в месте и времени.) может быть оказана в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

При невозможности оказания медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний пациент направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях по профилям «наркология» и «психиатрия».

Лечение АС средней степени (отчетливые нарушения памяти на события прошлого и настоящего, дезориентировка в месте и во времени, признаки ретроградной и антероградной амнезии) и тяжелой степени (очень грубые расстройства памяти, выраженная дезориентировка в месте и во времени, выраженная ретроградная и антероградная амнезия, возможны конфабуляции и псевдореминисценции) рекомендуется оказывать в условиях, предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение: наркологические больницы, научно-практические центры, наркологические реабилитационные центры.

Задачи терапии:

1. Снижение выраженности интеллектуально-мнестических расстройств
2. Стабилизация сомато-неврологического состояния
3. Выработка установки на воздержание от психоактивного вещества

Тактика терапии: проведение комплексного медикаментозного и психотерапевтического лечения

Критерии эффективности лечения:

1. Стабилизация психофизического состояния больного

2. Обратное развитие признаков АС

Клинические рекомендации.

Терапия АС – комплексный, индивидуальный и длительный процесс.

Средний срок лечения АС – 90 дней.

Применяемые лекарственные средства можно разделить на 3 группы:

- 1 - психотропные препараты: применяют как в психиатрии, так и в наркологии;
- 2 - специфические препараты: применяют преимущественно в наркологии;
- 3- системные (соматотропные) препараты: применяют в терапии, наркологии.

5.1 Психотропные препараты.

5.1.1. Препараты для восстановления интеллектуально-мнестических функций

Ноотропы (стимуляторы клеточного метаболизма нейронов, церебропротекторы).

Препараты, относящиеся к производным пирролидона, обладают способностью повышать текучесть нейронных мембран, не влияя на проводимость кальциевых каналов и тем предохраняя нейроны от губительного возбуждения. Они улучшают реологические свойства крови и предотвращают агрегацию тромбоцитов, что благоприятствует церебральному кровообращению.

Клинически стимулирующее действие ноотропов ограничивается их благотворным влиянием в основном или даже исключительно на высшие психические, т.е. кортикальные, функции. Тем самым повышается степень самоконтроля, уровень критики и устанавливается более тонкое дифференцирование поведения, что не имеет ничего общего с эффектом классических психостимуляторов типа амфетамина. Ноотропные препараты способствуют восстановлению умственной работоспособности, укреплению памяти и внимания, но вместе с тем – активного торможения. В зависимости от исходного состояния больного, они могут оказывать психотонизирующее, антиастеническое, седативное, эугипническое, антиэпилептическое, собственно ноотропное, мнемотропное, адаптогенное, вазовегетативное, антипаркинсоническое, антидискинетическое действие, повышают уровень бодрствования и ясность сознания. Независимо от регистра нарушения психической деятельности их основное действие адресуется к острой и резидуальной органической недостаточности ЦНС. Избирательное терапевтическое действие они оказывают на когнитивные расстройства. Некоторые из них (пикамилон, пантогам, мексидол) обладают более выраженными седативными или транквилизирующими свойствами, другие (ацефен, бемитил, пиритинол) – пробуждающими и антидепрессивными, третьи (группа рацетамов, включая пирацетам) – сбалансированными и противоэпилептическими. Церебролизин обладает нейротрофическими свойствами, аналогичен естественному фактору нейронального роста; он повышает эффективность аэробного энергетического метаболизма в мозге, улучшает внутриклеточный синтез белка в развивающемся и стареющем мозге.

По преобладающим эффектам в спектре фармакотерапевтической активности ноотропы могут быть разделены на три группы:

1. Препараты, оказывающие действие на интеллектуально-мнестические функции – акатинол-мемантин, пирацетам (ноотропил),

оксирацетам, анирацетам, этирацетам, ацефен, клергил, пиритинол (энцефабол), карбацетам, нооглютил, этимизол, кортикотропин, вазопрессин

2. Препараты, воздействующие на устойчивость мозга к повреждающим факторам – Аминалон (ГАМК, гаммалон, энцефалон), пантогам, фенибут.

3. Препараты, воздействующие на церебральное кровообращение – циннаризин (стугерон), кавинтон (винпоцетин), винкамин (девинкан), пентоксифиллин (трентал).

Ноотропные препараты применяются на всех этапах терапевтического процесса:

Купирование абстинентного синдрома. Ноотропы используются в дополнение к проводимой дезинтоксикационной терапии. Среди них наибольшим антитоксическим эффектом обладают пирацетам, меклофеноксат, пиритинол и ГАМК-ергические средства (пикамилон, фенибут и др.). Как правило, уже к второму-третьему дню лечения под их влиянием уменьшаются тяжесть в голове, вялость, слабость, разбитость, появляется ощущение «ясности мысли», исчезает суетливость и тревожность.

Особое место в наркологической клинике занимает пирацетам. Его используют для уменьшения тяжести алкогольной интоксикации, при пределириозных состояниях и алкогольных делириях. *В постабстинентном периоде* отмечают выраженный лечебный эффект ноотропов при астенических и астено-депрессивных расстройствах (физическая и психическая утомляемость, быстрая истощаемость, общая слабость, вялость, пониженный фон настроения с эмоциональной лабильностью). Такие состояния развиваются, как правило, после тяжелого абстинентного синдрома и перенесенных психозов. Улучшение состояния отмечается уже на 3-4-е сутки применения ноотропной терапии, однако для закрепления достигнутых результатов необходимо поддерживающее лечение еще в течение 2-3 недель. Собственно ноотропный эффект препаратов достигается к 2-3-й неделе приема. Он проявляется в улучшении концентрации внимания, памяти, быстром пробуждении по утрам с ощущением бодрости, «готовности к работе», повышением работоспособности и переносимости физических и психических нагрузок. Коррекция функций памяти и внимания на этом этапе способствует не только адекватной интеллектуальной переработке информации, но и преодолению алкогольной анозогнозии.

В периоды длительного воздержания актуализация патологического влечения к ПАВ сопровождается различными аффективными и диссомническими нарушениями. Если в клинической картине преобладают расстройства депрессивного круга (тоскливость, адинамия, неряшливость, ипохондричность, церебрастенические жалобы), то наибольший терапевтический эффект достигается именно при назначении ноотропов, особенно в комплексе с другими психотропными средствами.

Механизм действия ноотропов обуславливает их максимальную активность при развитии *психоорганического синдрома с признаками интеллектуально-мнестического снижения*.

3- системные (соматотропные) препараты: применяют в терапии, наркологии.

Таблица 8. Рекомендуемые к использованию в наркологической практике ноотропы¹

¹ Данные Формуляра лекарственных средств (федерального руководства), 2013. Степени убедительности доказательств: А – доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению;

| Лекарственное средство | Показания ^{степень доказательности} | Дозы и применение |
|---|---|--|
| Пирацетам | Комплексная терапия острых, в т.ч. urgentных состояний ААС ^В , при выраженных церебральных сосудистых расстройствах В . Интеллектуально-мнестические нарушения А , обострение ПВА, тревога, раздражительность, бессонница при алкогольной зависимости В . | Разовая доза 400–1200 мг Средняя суточная 2400–4500 мг |
| Гамма-аминомасляная кислота | Алкогольные энцефалопатии ^В , полиневриты, слабоумие ^В | Средняя суточная доза 3000–3750 мг |
| Никотиноил гамма-аминомасляная кислота | Комплексная терапия острых, в т.ч. urgentных состояний ААС ^В . Состояния тревоги, страха, повышенной раздражительности у больных с алкогольной зависимостью ^В | Разовая доза 20–50 мг Средняя суточная 40–300 мг |
| Пиритинол | Комплексная терапия при неглубокой депрессии с явлениями апатии и адинамии, астенические состояния, неврозоподобные расстройства у больных алкогольной зависимостью, при алкогольной энцефалопатии ^В . Комплексная терапия постабстинентных расстройств у больных опийной наркоманией, зависимости от психостимуляторов ^В | Средняя суточная доза 200–600 мг |
| Церебролизин | Психоорганический синдром у больных алкогольной зависимостью ^В | Только парентерально: в/м 3–5 мл, в/в 10–60 мл. Курс ежедневно в течение 4 недель |
| Этилметилгидроксипиридина сукцинат | ААС ^В . | 50-300 мг Максимальная доза – 800 мг |
| Мемантин | Мнестические расстройства, конфабуляции, умеренное интеллектуальное снижение А | 10-15 мг 1 раз в день в течение 3-4 недель |
| Церетон | Психоорганический синдром, когнитивные расстройства А | 400 мг 3 раза в день |

В – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение; С – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств

Осуществление более или менее успешной 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 **протоколам лечения синдрома зависимости и абстинентного синдрома**. Болезнь у таких пациентов отличается сравнительно большой давностью, снижением компенсаторных возможностей организма и личности, тенденцией к срывам ремиссии и рецидивам, связанным как с семейно-ситуационными факторами, так и с аутохтонными обострениями патологического влечения. Предотвращение этих обострений, т.е. стабилизация формирующейся ремиссии, осуществляется, в частности, путем медикаментозной терапии.

5.1.2. Антипсихотические препараты как средства лечения обострений патологического влечения к ПАВ у больных с амнестическим синдромом.

Надо учитывать, что больные с АС, в силу накопившихся у них последствий хронической интоксикации в виде органической неполноценности головного мозга обнаруживают повышенную чувствительность к побочному действию ряда психотропных средств, особенно антипсихотиков, что требует внимательного учета противопоказаний. Кроме того, больные с АС относятся к поздним стадиям заболевания и характеризуются выраженным психическим дефектом (психическая деградация), при котором симптоматика патологического влечения обычно стертая и лишена отчетливых продуктивно-психопатологических признаков. Поэтому среди данной группы препаратов можно ограничиться теми, которым свойственно относительно мягкое антипсихотическое действие и которые в меньшей мере вызывают побочные экстрапирамидные эффекты или сердечно-сосудистые осложнения.

5.1.3. Применение антидепрессантов показано не только при наличии аффективных (депрессивных) расстройств в структуре патологического влечения к ПАВ, но и в качестве самостоятельных средств подавления патологического влечения как целого синдрома.

При выборе антидепрессанта предпочтение следует отдавать препаратам, обладающим, наряду с тимолептическим, седативным или сбалансированным действием. Некоторые антидепрессанты можно вводить внутримышечно, а затем переходить на пероральный приём.

В случае использования антидепрессантов надо понимать, что речь идет о купировании синдрома патологического влечения. *Важно отметить, что эффект редукации влечения к ПАВ возникает уже в первые несколько дней приема антидепрессантов, задолго до того, как развивается их антидепрессивное действие. Таким образом, подавление патологического влечения к ПАВ является вполне самостоятельным их свойством (В.Б. Альтшулер, 2009).*

5.1.4. С целью купирования обострений и дальнейшей терапии патологического влечения к ПАВ применяются также некоторые антиконвульсанты, относящиеся к группе нормотимиков. В оптимальных дозах они почти не вызывают побочных эффектов, но следует учитывать возможность индивидуальной непереносимости препаратов (токсическое влияние на кровь, аллергические реакции).

Главной мишенью лечебного действия антиконвульсантов-нормотимиков служат дисфорические расстройства, которые являются типичной манифестацией аффективного компонента в структуре синдрома патологического влечения к ПАВ.

5.2 Гепатотропные препараты.

Гепатотропы включаются в терапевтические программы при лечении зависимости от всех видов ПАВ и на всех этапах терапевтического процесса. Отличий в показаниях, дозах, применении, противопоказаниях не наблюдается.

Из гепатотропных препаратов наиболее часто используются урсодезоксихолиевая кислота (урсосан), адеметионин (гептрал), α -липоевая кислота (тиоктовая кислота), L-орнитин- L-аспартат (Гепта-Мерц).

Большое место в терапевтических программах занимают препараты с антиоксидантной и гепатопротективной активностью. К их числу относятся: α -липоевая кислота (тиоктовая кислота), метадоксин. α -липоевая кислота применяется двояко – парентерально и перорально. Парентеральное применение α -липоевой кислоты в терапии абстинентных синдромов (в частности, алкогольного) в суточной дозе 600 мг (24 мл официального р-ра на 400 мл физ. р-ра) оказывает выраженное детоксицирующее действие. Гепатотропный эффект и благотворное влияние на алкогольную полинейропатию проявляется при приеме препарата в дозе 200 мг курсом не менее месяца.

Метадоксин в настоящее время также успешно используется в комплексной терапии широкого круга вегетосоматических расстройств, наблюдающихся при ААС, поражений печени алкогольного генеза и алкогольной полинейропатии. Рекомендованные дозы метадоксила: купирование ААС – по 300 мг (5 мл) внутривенно капельно в 0,9% растворе натрия хлорида; терапия нарушений функций печени алкогольного генеза (алкогольная болезнь печени) – 1500 мг в сутки; при алкогольной полинейропатии – 1000 мг в сутки.

5.3. Симптоматическая терапия.

Витамины и минеральные вещества:

Витамин В1 (Бенфотиамин, Тиамин, Сульбутиамин, Кокарбоксилаза)

Аскорбиновая кислота

Другие витаминные препараты:

Пиридоксин

Витамин Е

Рибофлавин

5.4. Специфические препараты.

*Алгоритм и обоснование применения **специфических препаратов** при лечении больных с амнестическим синдромом аналогичны тому, как указано в **протоколах лечения синдрома зависимости от ПАВ.***

6. Психотерапия

Таблица 19. Медицинские услуги для патопсихологической диагностики, психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики

| 1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение специалиста (стационарно) | |
|--|---|
| <i>обязательно</i> | <i>по показаниям</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта первичный • Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта повторный • Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный • Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный | нет |
| 2. Психотерапевтическое лечение (стационарно) | |
| <i>обязательно</i> | <i>по показаниям</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Психологическая адаптация • Психологическое консультирование • Семейное психологическое консультирование • Психологическая коррекция • Индивидуальная психологическая коррекция • Психотерапия | <ul style="list-style-type: none"> • Трудотерапия • Терапия средой • Арттерапия • Социально-реабилитационная работа |
| 3. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение специалиста (амбулаторно) | |
| <i>обязательно</i> | <i>по показаниям</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта первичный • Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный • Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный | Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта повторный |
| 4. Психотерапевтическое лечение (амбулаторно) | |
| <i>обязательно</i> | <i>по показаниям</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Психологическая адаптация • Терапия средой • Психологическое консультирование • Семейное психологическое консультирование • Психологическая коррекция • Индивидуальная психологическая коррекция • Психотерапия | <ul style="list-style-type: none"> • Трудотерапия • Арттерапия • Социально-реабилитационная работа |

Таблица 20. Медицинские услуги для патопсихологической диагностики, психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики

| Медицинская услуга | Применение |
|--|--|
| Психологическая адаптация | приспособление человека к существующим в обществе требованиям и критериям оценки за счет присвоения норм и ценностей данного общества. У лиц с зависимостями психологическая адаптация нарушена, вплоть до полной дезадаптации. В процессе лечения одним из важных направлений работы является восстановление психологической адаптации к трезвому образу жизни. Для пациентов с амнестическим синдромом проводится ежедневно. Обязательно включает тренировку когнитивных функций. |
| Психологическое консультирование -Семейное психологическое консультирование | совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений. У пациентов с амнестическим синдромом необходимо семейное консультирование: сюда относится не только непосредственная работа с родственниками зависимых, но и с парами, консультирование по вопросам детско-родительских отношений, а также взаимоотношений с родителями и родственниками мужа / жены. |
| Психологическая коррекция -Индивидуальная психологическая коррекция | Это один из видов психологической помощи, как и психологическое консультирование, психотерапия, психологическая коррекция направлена на исправление особенностей психологического развития, не соответствующих оптимальной модели, с помощью специальных средств психологического воздействия; а также — деятельность, направленная на формирование у человека нужных психологических качеств для поддержания трезвости, повышения его социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям. У больных с амнестическим синдромом проводится индивидуально. |
| Трудотерапия | Основная цель трудотерапии в наркологии: привить пациентам элементарные основные умения труда, умение адекватно воспринимать ежедневную работу. Трудотерапия помогает человеку относиться положительно к своему труду и вырабатывать навык трудиться, повышать мотивацию к трудовой деятельности, обучение посредственному труду. Человек начинает себя чувствовать полноценным членом общества, значимым, востребованным, полезным. Ценность собственного труда вырабатывает уважение к работе другого, что сближает и развивает правильное отношение к деятельности в целом. Центральной задачей метода является адаптация |

| | |
|---|--|
| | <p>больного к социуму посредством его включения в активную трудовую деятельность, моделируемую в стационаре или на производстве. Метод динамичный, по мере возрастания ответственности в отношении отдельных поручений, труда, пациенту поручают рационально распределить бытовые задания между коллегами, и показать пример в выполнении задания, данная методика помогает пациенту развить самостоятельность и межличностные коммуникации.</p> |
| <p>Терапия средой</p> | <p>Использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой. Это искусственно созданная среда функционирования больных, в которой реализуется терапевтическая программа, включает систему контроля, поощрения или порицания, ответственности и психологической поддержки, что в значительной степени гарантирует предотвращение срывов или рецидивов заболевания. Терапия средой является терапевтическим инструментом реадaptации и ресоциализации, защищает больных от негативного воздействия наркоманической/алкогольной среды (субкультуры) и, прежде всего, от потребления наркотиков/алкоголя, а также в значительной степени моделирует их функционирование в открытом обществе.</p> |
| <p>Арттерапия</p> | <p>Это вид психотерапии и психологической коррекции, основанный на искусстве и творчестве. Чаще под арт-терапией подразумевается терапия изобразительным творчеством с целью воздействия на психоэмоциональное состояние пациента. Метод позволяет использовать продукты творчества для оценки динамики состояния. Арт-терапевтическая работа способствует раскрытию творческого потенциала пациента^С. Применяется у пациентов с выраженной алекситемией, а также когда необходимо обеспечить эффективное безопасное эмоциональное отреагирование патогенных, задержанных эмоций.</p> |
| <p>Социально-реабилитационная работа</p> | <p>система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадaptацию больных, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления ПАВ, вызывающих зависимость. Целью социально-реабилитационной работы является восстановление (формирование) нормативного личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого потенциала. Возможности социально-реабилитационной работы ограничены степенью</p> |

| |
|--------------------------------|
| нарушений когнитивных функций. |
|--------------------------------|

При амнестическом синдроме активная психотерапия показана при достаточном восстановлении когнитивных функций. В этом случае целесообразно использовать методики эмоциональной поддержки, оптимизации, развития когнитивных функций.

Проведении предметно-опосредованной психотерапии («запретительной психотерапевтической процедуры», эмоционально-стрессовой психотерапии по А.Р.Довженко, В.Е.Рожнову) при выраженном амнестическом синдроме не рекомендуется.

При хорошем восстановлении когнитивных функций рекомендовано использование предметно-опосредованной психотерапии в качестве монотехники без применения каких-либо медикаментозных препаратов или технических приборов. При проведении психотерапии, мотивирующей больного на прекращение приема психоактивного вещества, врач не должен вводить больного в заблуждение, говоря о введении или имплантации ему несуществующего препарата, или препарата с плацебо-эффектом, оперировать наукообразными терминами и давать заведомо ложную информацию о применении процедур или лекарств с плацебо-эффектом. Не допустимо указывать на применение каких-либо лекарственных средств или методов (например, таблеток, инъекций дисульфирама, налтрексона для внутримышечной имплантации, внутримышечного введения или электростимуляции), если при этом производится применение других лекарственных средств или методов с так называемым плацебо-эффектом (например, сульфата магния и др.).

7. Школа для пациентов с амнестическим синдромом

Рекомендуется использование Школы для пациентов с амнестическим синдромом с достаточным восстановлением когнитивных функций – информационно-мотивационной технологии, позволяющей вовлекать пациентов в обучающие программы с целью формировать у них осознанную потребность вести трезвый образ жизни и достигать максимально продолжительных ремиссий.

Школа для пациентов – это совокупность средств и методов индивидуального и группового консультирования пациентов с целью повысить уровень их знаний, информированности и практических навыков, направленных на рациональное лечение

Опубликовано на сайте Российского общества психиатров psychiatr.ru июнь 2014

заболевания, профилактику осложнений и повышение качества жизни. Цель организации школ здоровья – повысить информированность пациентов о факторах риска возникновения алкогольной зависимости, о факторах риска возникновения срывов и рецидивов, сформировать в пациенте желание сохранить собственное здоровье, способствовать серьезному отношению к выполнению рекомендаций врача.

В группы обучения рекомендуется включать пациентов со сходными характеристиками синдрома зависимости. При формировании групп необходимо учитывать также возраст слушателей, более взрослые пациенты требуют чаще индивидуальной работы, а для подростков программы группового обучения должны быть адаптированы с учетом особенностей их когнитивных способностей, жизненного опыта и т.д.

Программа обучения состоит из цикла структурированных занятий, продолжительностью по 60-90 минут каждое. Начальные занятия могут быть посвящены общим знаниям о проблеме зависимости, основным симптомам зависимости, стержневому расстройству зависимости – патологическому влечению, соматическим, неврологическим и психическим осложнениям болезни. Предоставление знаний о неблагоприятном воздействии ПАВ. Желательно, чтобы пациенты посещали полный цикл занятий.

Рекомендуется ведение пациентом рабочей тетради и выполнение домашних заданий (Сырцова Л.Е., Чиркова Д.В., Ковалев Ю.В., 2011)

8.Прогноз

Возможно частичное восстановление трудоспособности.