

***Алкогольные  
(металкогольные) психозы***

- *Металкогольные психозы — острые, затяжные и хронические нарушения психической деятельности в форме экзогенных, эндоформных и психоорганических расстройств у больных алкоголизмом.*
- Эти психозы возникают преимущественно во II и III стадии алкоголизма.

# Взгляды на природу психозов при алкоголизме

- Термин «алкогольные психозы» отражает прежние взгляды на природу психозов при алкоголизме, когда их причиной считалось непосредственное воздействие алкоголя на мозг.
- Позднее было установлено, что психозы развиваются преимущественно в тех случаях, когда в результате длительной интоксикации поражаются внутренние органы и нарушается обмен.
- Такие психозы стали называть металкольными.
- Часто развитию психозов предшествуют дополнительные соматические и психические вредности

- Наиболее распространенная группа металкогольных психозов — делирии и галлюцинозы.
- Как правило, они возникают не на высоте запоев, т. е. в период наибольшей интоксикации алкоголем, а вслед за ними, когда алкоголь в крови отсутствует или его содержание резко снижается.
- Многие авторы, однако, продолжают по традиции применять термин «алкогольные психозы».

- У лиц с хроническим алкоголизмом металкогольные психозы, по данным ВОЗ, возникают в 10 % случаев.

# Варианты психозов

- *Острые металкогольные психозы — делирии, галлюцинозы, бредовые психозы*
- *Энцефалопатии.*

***Острые металкогольные  
психозы***

# *Делирий*

- Делирии (белая горячка, delirium tremens) — самая частая форма, составляющая
- Обычно делирии развивается после 5 лет течения хронического алкоголизма. Белая горячка в 64 % случаев развивается в возрасте 40—50 лет, в 22 % случаев — до 40 лет и в 14 % случаев — старше 60 лет.



# *Делирий*

- Первому приступу делирия обычно предшествует продолжительный запой, последующие возникают и после непродолжительных периодов пьянства.
- В продроме, продолжающемся дни, недели и даже месяцы, преобладают расстройства сна с кошмарными сновидениями, страхами, частыми пробуждениями и вегетативные симптомы, а днем — астенические явления и изменчивый аффект в форме пугливости и тревоги.

# Продромальный период

- Продромальный период может отсутствовать.
- Делирии развивается чаще всего (в 89 % случаев) через 2—4 дня после прекращения пьянства, на фоне выраженных похмельных расстройств или при обратном их развитии.
- В 10—19 % случаев [Стрельчук И. В., 1970; Salum J., 1972] развитию делирия предшествуют единичные или множественные судорожные припадки, возможны эпизоды вербальных иллюзий или образного бреда.
- Начало делирия часто совпадает с развитием острого соматического заболевания, травмами, хирургическими вмешательствами.

# Начальная стадия

- Делирии начинается с появляющихся к вечеру и усиливающихся ночью наплывов образных представлений и воспоминаний
- Нередки зрительные иллюзии
- В ряде случаев лишенные объемности зрительные галлюцинации — «кино на стенке» с сохранностью критического отношения к ним
- Преходящая дезориентировка или неполная ориентировка в месте и времени.

# Начальная стадия

- Мимика и движения оживлены
- Внимание легко отвлекается
- Настроение изменчиво, с быстрой сменой противоположных аффектов.

# *Делирий*

- Отграничения похмельного (абстинентного) синдрома с выраженными психическими компонентами от инициальных делириозных расстройств.
- Для похмельного состояния в отличие от делириозного типичен однообразный подавленно-тревожный аффект
- При начале делирия настроение изменчиво, с быстрой сменой противоположных аффектов

# Развернутая стадия делирия

- Появляется полная бессонница
- Иллюзии усложняются или сменяются парейдолиями,
- Возникают истинные зрительные галлюцинации
- Преобладают множественные и подвижные микропсихические галлюцинации — насекомые, мелкие животные, змеи, а также нити, проволока, паутина

# Развернутая стадия делирия

- Реже больные видят крупных, в том числе фантастических животных, людей, человекоподобных существ — «блуждающих мертвецов»
- Зрительные галлюцинации приближаются, удаляются, меняются в размерах, на глазах больного претерпевают превращения
- Они то единичны, то множественны, иногда бывают сценopodobными и, отражая определенные ситуации (застолье, зрелища, эротические сцены), могут калейдоскопически сменять друг друга.

# Развернутая стадия делирия

- При углублении делирия появляются слуховые и среди них вербальные, а также обонятельные, термические и тактильные галлюцинации, в том числе локализующиеся в полости рта.
- Часты расстройства схемы тела, ощущения изменения положения тела в пространстве — все качается, вращается, падает.
- Поведение, аффект и тематика бредовых высказываний соответствуют содержанию галлюцинаций.
- Речь состоит из немногочисленных, отрывочных, коротких фраз или слов. Внимание свертотвлекаемо.



# Развернутая стадия делирия

- На все происходящее вокруг больные реагируют отдельными репликами, поведением, мимикой.
- Больные повышенно внушаемы
- Типично быстрое изменение интенсивности психопатологических проявлений делирия, особенно под влиянием внешних раздражителей (беседа с врачом и т. п.).
- Периодически и ненадолго спонтанно ослабевают и даже почти полностью исчезают симптомы психоза - возникают так называемые люцидные промежутки.
- Психоз усиливается к вечеру и ночью.

# Развернутая стадия делирия

- Болезнь обычно бывает кратковременной.
- Даже без лечения симптомы делирия исчезают в течение 3—5 дней.
- Иногда психоз затягивается на 1 — 1,5 нед.
- Длительность белой горячки в 75 % случаев составляет около 3 дней и лишь в 5 % случаев — более недели.
- Чаще всего выздоровление наступает критически — после глубокого продолжительного сна, значительно реже — постепенно (литически) или симптомы редуцируются волнообразно, с чередованием ослабления и возобновления, но уже в менее выраженном виде.
- Литическое окончание психоза чаще бывает у женщин.
- В 90 % случаев делирий протекает непрерывно, в 10 % отмечается до 2—3 делириозных приступов, разделенных «светлыми» промежутками продолжительностью около суток

# Основные варианты делирия

# *Гипнагогический делирий*

- Ограничивается многочисленными, яркими, в ряде случаев сценopodobными сновидениями или зрительными галлюцинациями при засыпании и закрывании глаз.
- Сопровождается нерезким страхом, реже аффектом удивления и соматовегетативными симптомами.
- В ряде случаев при возникновении галлюцинаций больные переносятся в иную, созданную этими расстройствами обстановку.
- При открывании глаз или пробуждении критическое отношение к болезненным симптомам и ориентировка иногда восстанавливаются не сразу, и в соответствии с этим нарушается поведение больных.
- Гипнагогический делирий длится 1—2 ночи и может смениться иными делириозными картинами или формами острых металкогольных психозов.

# *Гипнагогический делирий фантастического содержания*

- Отличается фантастическим содержанием обильных чувственно-ярких зрительных галлюцинаций,
- Сценоподобностью галлюцинаторных расстройств с последовательной сменой одной ситуации другой
- Называют гипнагогическим ониризмом

# *Делирий без делирия*

## (Dollken A., 1901)

- Во многом соответствует описанному J. Salum (1972) синдрому дрожания.
- Возникает остро.
- Преобладает суетливое возбуждение с выраженным тремором и потливостью.
- Сенсорные и бредовые расстройства отсутствуют или рудиментарны.
- Бывает преходящая дезориентировка в окружающем.
- Делирий длится 1—3 дня.
- Возможен переход в развернутые делириозные состояния.

# *Абортивный делирий*

- Абортивный делирий определяется развитием необильных, а в ряде случаев единичных зрительных иллюзий и микропсихических галлюцинаций, не создающих впечатления определенных, а тем более законченных ситуаций, как при развернутых формах делирия
- Встречаются акоазмы и фонемы.
- Преобладает однообразный аффект тревоги или страха  
Рудиментарные бредовые расстройства (недоверие, подозрительность, опасения) в некоторых случаях сопровождаются бредовой защитой.
- Возникает непродолжительное двигательное возбуждение.
- Ориентировка во времени может быть нарушена.
- Продолжительность не превышает 1 сут.

# *Систематизированный делирий*

- Преобладают множественные, сценоподобные (с последовательно развивающимся сюжетом или в виде отдельных ситуаций) зрительные галлюцинации.
- Содержание определяется преимущественно разнообразными сценами преследования, нередко авантурными, с бегством или погоней, при которых меняются маршруты, виды транспорта, укрытия.
- Преобладает выраженный аффект страха.



# *Делирий с выраженными вербальными галлюцинациями*

- Наряду с интенсивными зрительными, тактильными, термическими галлюцинациями, расстройствами схемы тела, зрительными иллюзиями постоянно присутствуют вербальные галлюцинации.
- Они то отступают на второй план, то резко усиливаются, в связи с чем можно говорить о развитии в структуре делирия вербального галлюциноза.
- Как зрительные, так и особенно вербальные галлюцинаторные расстройства имеют устрашающее или угрожающее жизни больного содержание
- В бредовых высказываниях преобладают идеи физического уничтожения
- Несмотря на сравнительно малый размах бреда, бредовые высказывания могут быть достаточно разработаны в отдельных деталях, из-за чего создается впечатление систематизированного бреда.

# *Делирий с выраженными вербальными галлюцинациями*

- Бредовые высказывания не подкрепляются аргументами.
- Кроме того, в подобных случаях всегда можно выявить отчетливые симптомы образного бреда (растерянность, бредовые идеи инсценировки, симптом положительного двойника, распространяющийся на множество окружающих лиц).
- Аффект, особенно в начале психоза, определяется резко выраженным страхом или напряженной тревогой, перемежающейся приступами страха.
- Ориентировка в месте и времени обычно страдает мало
- Выраженность вегетативных и неврологических расстройств чаще умеренная и даже незначительная.
- Длительность психоза колеблется от нескольких дней до нескольких недель.

# Атипичные формы делирия

- Симптомы, характерные для белой горячки, определяются фантастическим содержанием — онейроидным помрачением сознания или сочетаются с психическими автоматизмами [Воронцова Г. С., 1960; Гофман А. Г., 1974].

## *Делирий с фантастическим содержанием (фантастический делирий, алкогольный онейроид)*

- При повторных алкогольных психозах.
- Ему предшествуют иные по структуре делириозные состояния В развитии психоза происходит последовательная смена расстройств.
- В инициальном периоде преобладают множественные фотопсии или элементарные зрительные галлюцинации (пыль, дым, волосы, паутина, кольца, спирали, нити, часто блестящие или сверкающие), а также акоазмы.

*Делирий с фантастическим содержанием  
(фантастический делирий, алкогольный онейроид)*

- Реже психоз начинается с обычного или фантастического гипнагогического делирия.
- Днем возникают эпизоды образного бреда.
- Состояние измененного сознания, как и при типичном делирии, сопровождается изменчивым аффектом с преобладанием страха, двигательным возбуждением, периодическими люцидными промежутками.

*Делирий с фантастическим содержанием  
(фантастический делирий, алкогольный онейроид)*

- Через 2—3 дня ночью происходит отчетливое усложнение клинической картины:
- возникают сценopodobные зрительные и вербальные слуховые галлюцинации,
- элементы образного бреда, сопровождающиеся бредовой ориентировкой и симптомом положительного двойника
- интенсивное двигательное возбуждение со сложными координированными действиями.

*Делирий с фантастическим содержанием  
(фантастический делирий, алкогольный онейроид)*

- На фоне усиливающегося и становящегося все более беспорядочным двигательного возбуждения периодически возникают эпизоды обездвиженности с сонливостью или выраженная обездвиженность возникает остро.
- В состоянии заторможенности больные отвечают на вопросы лаконично, после неоднократного повторения вопроса.
- Выявляется ложная ориентировка в месте и времени при сохранности сознания своего Я.
- Отдельные высказывания свидетельствуют о бредовых расстройствах фантастического содержания.

*Делирий с фантастическим содержанием  
(фантастический делирий, алкогольный онейроид)*

- Характерна мимика больных: туповато-застывшее выражение лица сменяется испуганным, удивленным, озабоченным.
- Больные пытаются встать, куда-то стремятся идти, но обычно легко поддаются уговорам или небольшому принуждению.
- Чаще психоз через несколько суток оканчивается критически глубоким сном, реже продолжается неделю и более.
- О его содержании, в том числе и в период заторможенности, больные сообщают достаточно подробные сведения и сразу после психоза, и спустя различные сроки.
- Больные рассказывают о сменявшихся без какой-либо последовательности и связи фантастических и обыденных сценах.



## *Делирии с онирическими расстройствами (алкогольный ониризм).*

- Указания на эту форму можно встретить у E. Bleuler (1920), А. В. Снежневского (1941),
- Наиболее полно такой делирии описан М. Г. Гулямовым, И. Р. Хасановым (1973).
- От фантастического делирия он отличается преобладанием с самого начала чувственно-ярких галлюцинаций, симптомов субступора или ступора, значительно меньшим иллюзорно-бредовым компонентом психоза и выраженностью сценоподобного зрительного псевдогаллюциноза.

# *Делирии с психическими автоматизмами*

- Психические автоматизмы возникают при усложнении типичного или на высоте систематизированного делирия при сочетании делирия с выраженными вербальными галлюцинациями или при делириозно-онейроидных состояниях
- Во всех случаях психические автоматизмы при делирии транзиторны, они исчезают до того, как начинают редуцироваться симптомы, на фоне которых они появились.
- Могут возникать все основные варианты психического автоматизма — идеаторный, сенсорный, моторный, но никогда не встречаются все три одновременно.
- Чаще всего отмечаются идеаторные психические автоматизмы.
- Иногда бывают сразу два варианта — идеаторный и сенсорный или сенсорный и моторный.
- Из идеаторных автоматизмов чаще встречаются проецируемые вовне зрительные псевдогаллюцинации.

# *Пролонгированный (протрагированный, хронический) делирии*

- При замедленном обратном развитии некоторых форм делирия (систематизированный делирии, делирии с преобладанием выраженных вариабельных галлюцинаций, делирии с онейроидными расстройствами или с психическими автоматизмами) в течение недель, а изредка и месяцев могут оставаться симптомы гипнагогического делирия.
- Наряду со зрительными при нем возможны тактильные и значительно более редкие и менее интенсивные слуховые галлюцинации — акоазмы и фонемы.

## *Пролонгированный (протрагированный, хронический) делирии*

- Бредовые расстройства ограничиваются легкой диффузной параноидностью, а аффективные — неглубокой тревогой и значительно реже преходящим и маловыраженным страхом.
- Поведение в этот период существенно не меняется.
- Все виды ориентировки сохраняются.
- Днем преобладает пониженно-слезливое или пониженно-дисфорическое настроение в сочетании с симптомами астении.
- К возникающим по ночам психическим расстройствам больные относятся критически.

## *Делирий с профессиональным бредом* (профессиональный делирий, делирий с бредом занятий)

- Психоз может начаться как типичный делирий с последующей трансформацией клинической картины.
- Интенсивность галлюцинаторно-иллюзорных и аффективных расстройств значительно уменьшается, ослабевает или исчезает образный бред преследования.
- Одновременно видоизменяется возбуждение, в котором становится все меньше и меньше действий, связанных с защитой, бегством, т. е. действий, при которых требуются ловкость, сила, значительное пространство, сопровождаемых реакциями панического страха.
- Типично преобладание относительно простых, происходящих на ограниченном пространстве двигательных актов стереотипного содержания, отражающих отдельные бытовые действия — одевание и раздевание, собирание или раскладывание постельного белья, счет денег, зажигание спичек, отдельные движения во время выпивок.
- Характерно сокращение, а затем и полное исчезновение люцидных промежутков или они отсутствуют с самого начала психоза.

## *Делирий с профессиональным бредом* (профессиональный делирий, делирий с бредом занятий)

- В начальном периоде делирия с профессиональным бредом, как правило, существуют множественные, изменчивые ложные узнавания окружающих лиц и постоянно меняющаяся ложная ориентировка в обстановке.
- Содержание обоих симптомов обыденное — родственники, сослуживцы, собутыльники, действительно бывшие или возможные ситуации.
- Сознание своего Я сохранено всегда. При утяжелении состояния ложные узнавания исчезают, движения становятся более автоматизированными и простыми, контакт с больным невозможен.
- Об утяжелении состояния свидетельствует появление симптомов оглушения днем.
- Психоз сопровождается полной амнезией, реже сохраняются отрывочные воспоминания.
- При утяжелении состояния профессиональный делирий может смениться мусситирующим.

## Делирий с бормотанием (мусситирующий, «бормочущий» делирий)

- Сменяет делириозный синдром с профессиональным бредом и типичный делириозный синдром при аутохтонном неблагоприятном течении или осложнении интеркуррентными заболеваниями;
- Нередко возникает при алкогольной энцефалопатии типа Гайе — Вернике.
- Делирий характеризуется сочетанием глубокого помрачения сознания и особых двигательных и речевых нарушений с выраженными неврологическими и соматическими симптомами.
- Больные совершенно не реагируют на окружающее, словесное общение с ними невозможно.
- Двигательное возбуждение происходит «в пределах постели» (ощупывание, разглаживание, хватание, стягивание или, напротив, натягивание одеяла или простыни, так называемое обирание — карфология, перебирание пальцев)
- Возбуждение имеет отчетливый «неврологический» вид.

- По данным различных авторов, смертельный исход при алкогольном делирии наступает в 2—5 % случаев.
- В связи с успехами активной терапии алкогольных психозов смертность при них снизилась с 8 % в 20-х годах XX столетия до 2 % в 50-х годах .



# Галлюцинозы

- Галлюцинозы - вторая по частоте группа металкогольных психозов после делирия. Галлюцинозы встречаются от 5,6 до 28,8 % всех случаев психических заболеваний, связанных с хроническим алкоголизмом.
- Средний возраст заболевших 40 — 43 года.
- Чаще галлюцинозы возникают на 10—11-м году (но не ранее чем через 7—8 лет) после формирования алкоголизма и больше поражают женщин .
- По течению выделяют 3 основные формы галлюциноза — острый, протрагированный и хронический.

## Острый галлюциноз (галлюцинаторное помешательство пьяниц, алкогольный галлюцинаторный бред)

- Галлюциноз развивается на фоне похмельных расстройств, сопровождаемых тревогой, параноидной настроенностью и вегетативно-соматическими симптомами,
- У женщин также на фоне депрессии.
- Отличительная черта галлюциноза — сохранность как аутопсихической, так и аллопсихической ориентировки.
- Галлюцинации появляются, как правило, к вечеру или ночью, в том числе и при засыпании.
- Вначале эпизодически возникают акоазмы и фонемы, а затем вербальные галлюцинации.
- Они имеют сначала нейтральное для больного содержание.

- Критическое отношение к галлюцинациям отсутствует.
- Часто больные стараются найти место, откуда раздается слышимое.
- В ряде случаев слуховые галлюцинации появляются в форме нескольких разделенных светлыми промежутками коротких приступов.
- В дебюте галлюциноза возможны фрагменты делириозных расстройств.

- В последующем на фоне тревоги, страха, растерянности появляются множественные словесные галлюцинации, исходящие от одного, двух или множества людей, — «голоса», «хор голосов».
- Они ругают, оскорбляют, угрожают жестокой расправой, обвиняют, с издевкой обсуждают настоящие и прошлые действия больного.

- Уже в начальном периоде психоза возникают бредовые идеи (бред преследования, физического уничтожения, обвинения и др.), содержание которых тесно связано с содержанием вербальных галлюцинаций — так называемый галлюцинаторный бред.
- Обычно больные говорят о преследовании «бандой», руководимой конкретными лицами — соседями, сослуживцами, родственниками, женой, знакомыми.

- Множество конкретных деталей, четкое указание на преследование, знание конкретных мотивов и целей преследования, большое число точных фактов создают впечатление систематизированного бреда.
- Однако при этом почти полностью отсутствуют бредовые доказательства, чего не бывает в тех случаях, когда бред действительно систематизирован.
- Обилие конкретных деталей лишь отражает содержание галлюциноза.
- Против систематизации бреда говорит и «разлитая» диффузная параноидная установка: больной видит «опасность во всем» [Жислин С. Г., 1965].



- Аффект на высоте галлюциноза определяется тревогой, отчаянием, резко выраженным страхом.
- Вначале преобладает двигательное возбуждение.
- Часто оно сопровождается отчаянной самообороной, обращением в милицию или прокуратуру; в ряде случаев совершаются общественно опасные действия, суицидальные попытки.
- Вскоре, однако, поведение становится до известной степени упорядоченным, что маскирует психоз, создает ложное и опасное представление об улучшении состояния.
- Симптомы психоза усиливаются вечером и ночью.

- Редукция психических расстройств происходит критически, после глубокого сна, или постепенно.
- При постепенном выходе из психоза сначала уменьшается звучность вербальных галлюцинаций, а днем они исчезают совсем. Одновременно или несколько позже снижается интенсивность аффективных расстройств, блекнут бредовые высказывания.
- Ко времени полного исчезновения вербальных галлюцинаций появляется критическое отношение к перенесенному психозу.
- Длительность острого галлюциноза колеблется от нескольких дней до 1 мес.
- Возможны и другие разновидности острого галлюциноза.



# *Острый гипнагогический вербальный галлюциноз*

- При засыпании появляются акоазмы или относительно простые по форме и нейтральные по содержанию вербальные галлюцинации — отдельные слова, отрывочные фразы, пение и т. д.
- После пробуждения галлюцинаторные расстройства исчезают.
- Преобладает пониженно-тревожное настроение.
- Продолжительность психоза не превышает нескольких суток.
- Психоз может смениться развернутыми галлюцинаторными состояниями различной структуры

*Острый абортивный галлюциноз, острый галлюциноз с выраженным бредом, острый галлюциноз, сочетающийся с делирием.*

## Атипичные галлюцинозы

определяются сочетанием галлюциноза

- с онейроидным помрачением сознания,
- выраженной депрессией,
- психическими автоматизмами,
- с протрагированным галлюцинозом.

# *Острый галлюциноз с психическими автоматизмами*

- Чаще всего отмечаются идеаторные психические автоматизмы.
- Сначала появляется ощущение открытости и так называемое опережение мысли.
- Усиление интенсивности психических автоматизмов сопровождается появлением «мысленных голосов», реже «голосов», локализующихся в различных частях тела.
- Возможны насильственно возникающие мысли, в том числе в форме ментизма и реже в виде симптома «разматывания воспоминаний».
- Значительно реже встречаются сенсорные автоматизмы.
- Чаще всего больные говорят о неприятных ощущениях, вызываемых, как и в случаях идеаторных автоматизмов, «лучами и волнами».
- Возникновение психических автоматизмов всегда тесно связано с динамикой синдрома вербального галлюциноза.
- В структуре психоза наряду с психическими автоматизмами могут возникать делириозные или онейроидные эпизоды.
- При обратном развитии психоза эти расстройства исчезают первыми, а симптомы галлюциноза, которые являются здесь «сквозным расстройством», — в последнюю очередь.

# *Протрагированный галлюциноз*

- От 1 до 6 мес.
- Начало психоза во многом совпадает с картиной типичного острого алкогольного галлюциноза, позднее к галлюцинозу присоединяются депрессивные расстройства.
- Появляются отчетливые идеи самообвинения, которые постепенно начинают преобладать над остальными бредовыми высказываниями.
- Редукция психоза происходит постепенно, начинаясь с аффективных расстройств.
- Реже встречаются протрагированные галлюцинозы с преобладанием бредовых идей преследования над галлюцинаторными расстройствами или же случаи, в которых на всем протяжении болезни на первом плане остается сравнительно «чистый» вербальный галлюциноз.
- У таких больных обычно сохраняется сознание болезни, мало меняется поведение, преобладает относительно ровное, иногда даже благодушное настроение.

# Хронические галлюцинозы

- Встречаются редко — в 4,7—5,3 %- 9 %.
- Длительность психоза может быть различной. Описаны случаи, продолжавшиеся до 30 лет.
- Если галлюциноз не исчезает спустя 6 мес. после начала психоза, то можно быть уверенным, что заболевание в дальнейшем станет хроническим.
- Чаще в анамнезе больных можно выявить однократные, реже повторные острые психозы, в первую очередь галлюцинозы и значительно реже — делирии.
- Гораздо чаще развиваются сложные состояния, в которых одновременно присутствуют симптомы делирия и галлюциноза или галлюциноз сочетается с депрессивно-параноидными расстройствами.
- Выделяют 3 варианта хронического галлюциноза.

# Хронический вербальный галлюциноз без бреда

- Самая частая форма хронических вербальных галлюцинозов.
- Преобладают множественные, чаще почти не прекращающиеся истинные вербальные галлюцинации, исходящие от нескольких лиц.
- Обычно содержание слышимого — обсуждения повседневных дел больного, его слов, поступков, желаний, производимые с издевкой, угрозами, приказаниями, иногда как бы нарочито противоположными по смыслу, в ряду случаев с покровительственной доброжелательностью.
- «Голоса» способны не оставлять больного в покое с утра до ночи, вмешиваясь буквально во все его занятия.
- В первые месяцы и годы больные часто вступают в разговор с мнимыми собеседниками. У них возникают реакции протеста, негодования, возмущения, проявляющиеся в спорах, брани, апелляции к окружающим.
- В последующем проявления аффективного резонанса в определенной мере блекнут.

- Внешне поведение таких больных не отличается какими-либо странностями.
- Сохраняется способность к выполнению не только повседневных, но в ряде случаев и профессиональных обязанностей.
- Сознание болезни имеется всегда.
- Обычно можно выявить и достаточно критическое отношение к расстройствам.
- При возобновлении пьянства клиническая картина изменяется: увеличивается число голосов, нарастает их интенсивность, становится разнообразнее и неприятнее содержание галлюцинаций.
- Чистые хронические галлюцинозы склонны к регрессиентному течению.

# Хронический вербальный галлюциноз с бредом

- Больные убеждены, что к ним относятся недоброжелательно или даже преследуют их.
- Иногда эта убежденность имеет форму предположений о порче, колдовстве, наказаниях за прошлые проступки, в основном связанные с пьянством; некоторые больные считают, что так осуществляется их лечение.
- Больных можно на время разубедить: они спонтанно начинают понимать болезненность таких переживаний.
- Некоторые авторы предпочитают в таких случаях говорить о бредоподобных состояниях, причину которых отчасти связывают с чертами дебильности в преморбиде больных. Об этом свидетельствует и то, что бредоподобные высказывания проявляются чаще всего в форме так называемого архаического бреда, т. е. бреда колдовства, порчи, одержимости.
- У других больных существуют более или менее систематизированные стойкие бредовые идеи преследования. Однако содержание бреда всегда тесно связано с содержанием галлюциноза, и бред, таким образом, остается по механизму возникновения галлюцинаторным.
- Сложные бредовые построения, не связанные с галлюцинозом, прежде всего первичные бредовые идеи отношения и значения, малохарактерны для хронических галлюцинозов.
- Вне алкогольных эксцессов психоз склонен к застыванию и медленной редукции позитивных расстройств.



# Хронический вербальный галлюциноз с психическими автоматизмами и парафренным видоизменением бреда

- Редкая форма хронического галлюциноза.
- «Сквозным» расстройством остаются истинные вербальные галлюцинации.
- Со временем в периоды обострений, возникающих спонтанно или связанных с пьянством, появляются вначале эпизодические, а в последующем достаточно стойкие симптомы психического автоматизма.
- Чаще всего это идеаторный автоматизм в форме слуховых псевдогаллюцинаций, симптома открытости, опережающих мыслей или ментизма.
- Возможны и отдельные идеи воздействия.
- Усложнение клинической картины психоза у таких больных обычно сочетается с медленно нарастающим органическим снижением.
- Вместе с тем и на отдаленных этапах заболевания у больных остаются известное сознание болезни, доступность, апелляция к врачу, сочетающаяся с живостью моторики, склонностью к шуткам.
- Окончательная нозологическая трактовка подобных случаев остается в определенной мере спорной.

- Возникающие при металкольных психозах психопатологические расстройства, характерные и для шизофрении (онейроид, психические автоматизмы, парафренное изменение бреда при хроническом галлюцинозе), имеют ряд сходных черт.
- Во всех случаях их проявления фрагментарны, ограничиваются отдельными компонентами соответствующего синдрома, они не склонны к последовательному усложнению, оставаясь на всем протяжении психоза незавершенными.
- При острых формах металкольных психозов онейроид и психические автоматизмы всегда транзиторны.
- Кроме того, эти расстройства никогда не становятся начальными проявлениями психоза.
- Они возникают или на высоте его развития (острые формы), или на последующих этапах (хронический галлюциноз) и всегда сосуществуют с развернутой симптоматикой алкогольного психоза, а при его редукции исчезают первыми.

# ***Бредовые психозы (алкогольный бред)***

- Составляют 1 % всех металкогольных психозов.
- Отечественные психиатры диагностируют бредовые психозы чаще: от 4,7 % до 9,5 %.
- Расхождения в частоте бредовых психозов зависят от того, что зарубежные психиатры относят к данной группе преимущественно случаи хронического бреда ревности.
- Среди больных преобладают мужчины.
- В зависимости от содержания бредовых идей выделяют алкогольный параноид и алкогольный бред ревности.

# *Алкогольный паранойд (алкогольный бред преследования)*

- Возникает преимущественно в период похмелья, в ряде случаев в запое.
- Иногда развитию психоза предшествует короткий продром с бредовой настроенностью, вербальными иллюзиями и тревогой.
- Психоз развивается внезапно, без каких-либо размышлений и сомнений, больными овладевает непоколебимое убеждение в том, что их немедленно физически уничтожат.
- Чуть ли не каждый находящийся поблизости человек принадлежит к числу врагов («шайке»).
- Больные напряженно следят за мимикой, жестами и действиями окружающих, вслушиваются в их слова и фразы, считая все происходящее слежкой и подготовкой к покушению.
- Часто больные «видят» не только приготовления к расправе, но и орудия убийства — блеснувший нож, выглянувшее из кармана дуло пистолета, веревку, приготовленную для повешения, и т. д.

- «Видимое» дополняется слышимыми словами и репликами соответствующего содержания, которыми якобы обмениваются окружающие (вербальные иллюзии).
- С образным бредом всегда сосуществует резкий страх или напряженная тревога.
- Поступки обычно импульсивные, чаще больные стараются скрыться.
- Многие в страхе прибегают в милицию или в другие органы государственной власти, прося о защите.
- Вечером и ночью могут возникать отдельные делириозные симптомы и вербальные галлюцинации.
- Острый алкогольный параноид продолжается от нескольких дней до нескольких недель.

# *Абортивный параноид*

- Бредовый психоз, обычно с неразвернутой симптоматикой, продолжается от нескольких часов до 1 сут.
- Нередко остается резидуальный бред.

# *Затяжной параноид*

- Начальные симптомы во многом характерны для острого алкогольного параноида.
- В последующем аффект изменяется, в нем начинают преобладать подавленность и тревога, а страх или отсутствует, или менее выражен и возникает эпизодически.
- В бредовых высказываниях появляются отдельные элементы системы.
- «Преследователями» нередко становятся лица, с которыми прежде у больных складывались неприязненные отношения.
- У больных появляется убежденность в том, что причиной плохого к ним отношения и стремления «уничтожить» служат их собственные ошибочные высказывания или поступки в прошлом, о которых они теперь сожалеют.
- В поведении больных при поверхностном наблюдении, как будто правильном, очень часто можно отметить признаки бреда — стремление ограничить привычный круг общения, просьбы к родственникам провожать их на работу и с работы, смену привычных маршрутов, т. е. расстройства, близкие к бредовой миграции.
- Выпивка всегда усиливает страх, образный бред, поведение становится неправильным. Затяжной параноид может длиться месяцами.
- Продолжающиеся запои в ряде случаев делают его рецидивирующим.

## Алкогольный бред ревности (бред супружеской неверности, алкогольная паранойя)

- Возникает у лиц с паранойяльным складом характера, иногда на фоне симптомов алкогольной деградации личности.
- Типичная форма бреда зрелого возраста.
- Вначале идеи супружеской неверности возникают эпизодически, лишь в состояниях опьянения или похмелья. Грубость, несдержанность и придирчивость больных создают реальное отчуждение супругов, касающееся, в частности, и интимных сторон жизни.
- Психогенный фактор служит предпосылкой для появления сверхценных идей супружеской неверности, сохраняющихся теперь и вне состояний, связанных с алкогольными эксцессами.
- Усиление или, напротив, ослабление ревнивых подозрений на данном этапе обусловлено еще реальными и психологически понятными поводами.
- В этот период у больных преобладает дисфорический аффект, и при усилении подозрений в неверности они часто буквально истязают своих жен всевозможными расспросами о деталях и причинах предполагаемых измен, с иступлением требуя признать вину, которую в этом случае обещают великодушно простить.



- Возникает непоколебимая и постоянная убежденность в измене жены, уже не зависящая от реальных поводов, т. е. появляется бред.
- Он сопровождается все более выраженным бредовым поведением, с разработкой всевозможных, все более усложняющихся способов проверок.
- Больной точно устанавливает «любовника».
- Обычно это человек из ближайшего окружения, часто значительно моложе больного.
- В одних случаях бред ревности, оставаясь монотематичным, становится ретроспективным: больные могут утверждать, что жена изменяет им уже много лет и дети родились не от них, а от прежних любовников.
- В других случаях присоединяются бредовые идеи иного содержания — материального ущерба, отравления и колдовства (с целью «освободиться» от больного).
- При идеях отравления чаще преобладает тревожно-подавленное настроение, а в бредовом поведении возможно жестокое насилие, в первую очередь в отношении жены.
- Продолжающееся пьянство не только способствует усилению симптомов психоза, но и увеличивает риск агрессивных актов. Заболевание, меняясь в интенсивности, может продолжаться годами.

## Сложные по структуре металкобольные психозы

- Клиническая картина таких психозов определяется последовательно сменяющимися картинами острых психозов — параноида, галлюциноза, делирия.
- Иногда в указанной последовательности сменяют друг друга все три синдрома, чаще лишь два: вербальный галлюциноз сменяется делирием или острым параноидом.
- Существуют другие сочетания этих психозов.

# *Течение и патоморфоз острых металкогольных психозов*

- Делирии, подавляющее число галлюцинозов и бредовых психозов (в первую очередь параноиды), составляющие основную группу металкогольных психозов, протекают приступами.
- Их повторное возникновение всегда связано с продолжающимся пьянством.
- Часто приступообразные металкогольные психозы сопровождаются постепенным упрощением клинической картины повторных приступов.
- Аналогичная тенденция с редукцией позитивных расстройств прослеживается и в части хронических психозов — при галлюцинозах, бредовых состояниях, корсаковском психозе.

- В ряде случаев регрессиентного течения болезни первые приступы могут усложняться, но в последующем они или упрощаются, или не возникают, несмотря на продолжающееся пьянство.
- Рецидивирование, в том числе с усложнением последующих приступов, чаще отмечается в тех случаях, когда структура психозов с самого начала более сложная или атипичная.

- Относительно небольшая группа металкогольных психозов, напротив, отличается отчетливым усложнением позитивных расстройств с одновременным удлинением приступов, а иногда со сменой приступообразного течения хроническим.
- Это бывает тогда, когда психозы с самого начала сложные по структуре или определяются атипичными для металкогольных психозов расстройствами.
- Клиническая картина последующих приступов обычно изменяется от делирия к галлюцинозу с одновременным нарастанием удельного веса таких атипичных для металкогольных психозов расстройств, как онейроидное помрачение сознания, симптомы витальной депрессии, психические автоматизмы, развернутые проявления образного бреда, парафренное изменение бреда.
- Подобная тенденция прослеживается и при усложнении металкогольных психозов вообще, а не только их атипичных форм.

## *Острые металкогольные психозы в позднем и старческом возрасте*

- В этом периоде могут развиваться впервые или повторно как типичные делирий, галлюцинозы и параноиды, так и сложные и атипичные их варианты.
- Типичные металкогольные психозы чаще возникают у лиц с незначительным органическим снижением или возрастными изменениями психики, а сложные и атипичные психозы преимущественно на фоне заметного органического снижения, связанного в первую очередь с сосудистой патологией.

- В этих случаях при делириях часто встречаются зрительные галлюцинации фантастического или, напротив, обыденного содержания, в психомоторном возбуждении преобладают профессиональные действия.
- Часто наблюдается резидуальный бред.
- При галлюцинозах наряду с типичными по содержанию слуховыми галлюцинациями возникают галлюцинации с обыденно-ущербной тематикой.
- При параноидах часто встречаются конфабуляции.
- Нередко в позднем возрасте возникают структурно сложные психозы. Значительно чаще, чем в среднем возрасте, наблюдается парафренное видоизменение бреда.
- Психозы более продолжительны.

# Алкогольная энцефалопатия

- Алкогольные энцефалопатии — общее обозначение группы металкогольных психозов, развивающихся преимущественно в III стадии хронического алкоголизма.
- При энцефалопатиях психические расстройства постоянно сочетаются с системными соматическими и неврологическими нарушениями, нередко преобладающими в клинической картине.
- В зависимости от остроты заболевания психические расстройства определяются или состояниями помрачения сознания (преимущественно тяжелыми делириями и состояниями оглушения различной глубины), или психоорганическим синдромом.



- Основная заслуга в разработке алкогольных энцефалопатии принадлежит С. С. Корсакову.
- В своей диссертации «Об алкогольном параличе» (1887) он описал не только отдельную, позже названную его именем болезнь, но и ряд ее форм.
- С. С. Корсаков первым наметил типологию состояний, в настоящее время называемых «алкогольными энцефалопатиями».
- С. С. Корсаков во многом предугадал и патогенез алкогольных энцефалопатии, указав на то, что психические и неврологические расстройства при алкогольном параличе очень сходны с теми, которые встречаются при авитаминозе В<sub>1</sub> (бери-бери) и пеллагре.

# Острые энцефалопатии

- Энцефалопатия Гайе — Вернике.
- Заболевают преимущественно мужчины от 30 до 50 лет, изредка старше.
- Психоз начинается с делирия со скудными, отрывочными однообразными и статичными зрительными галлюцинациями и иллюзиями.
- Преобладает тревожный аффект.
- Двигательное возбуждение проявляется в основном стереотипными действиями, как при обыденных или профессиональных занятиях, и в ограниченном пространстве, часто в пределах постели.
- Возможны периодические кратковременные состояния обездвиженности с напряжением мышц.

- Больные однообразно выкрикивают отдельные слова, невнятно бормочут.
- Временами бывает «молчаливое» возбуждение. Речевой контакт обычно невозможен.
- Речевая бессвязность обуславливает сходство начальных делириозных картин с аменцией. Это сходство усиливается при появлении мусситирующего делирия.
- Спустя несколько дней клиническая картина изменяется. Днем возникает оглушение сознания, или сомнолентность, при утяжелении состояния развивается сопор — псевдоэнцефалитический синдром.
- В наиболее тяжелых случаях сопор переходит в кому. Значительно реже появлению симптомов оглушения предшествует апатический ступор.
- Психопатологические симптомы всегда сочетаются с неврологическими и соматическими нарушениями.
- Ухудшению психического состояния неизменно сопутствует утяжеление соматоневрологических расстройств.

- Отчетливо выражены разнообразные неврологические расстройства:
- фибриллярные подергивания мускулатуры губ и других мышц лица.
- сложные гиперкинезы, в которых перемежаются дрожание, подергивания, хореоформные, атетоидные и другие движения.
- приступы торсионного спазма.
- изменения и нарушения мышечного тонуса в форме гипер- или гипотонии.
- оппозиционная гипертония — нарастание сопротивления при энергичных попытках изменить положение конечностей.
- Постоянны симптомы орального автоматизма: хоботковый рефлекс, спонтанное вытягивание губ и хватательные рефлексy.
- В развернутой стадии болезни всегда присутствует атаксия.
- Развиваются нистагм, птоз, диплопия, страбизм, неподвижный взгляд, зрачковые расстройства.
- Так называемый симптом Гуддена: миоз, анизокория, ослабление реакции на свет вплоть до ее полного исчезновения и нарушение конвергенции.
- Наиболее ранний и постоянный симптом — нистагм, чаще крупноразмашистый, горизонтальный, которым глазодвигательные нарушения могут ограничиться.
- Как правило, наблюдаются гиперпатия и полиневриты, сопровождаемые легкими парезами и пирамидными знаками.
- Из менингеальных симптомов чаще всего наблюдается ригидность мышц затылка.
- При спинномозговой пункции лежа отмечается (хотя и не всегда) несколько повышенное давление цереброспинальной жидкости (до 200—400 мм вод. ст., реже выше).
- В последней может быть повышено содержание белка при нормальном цитозе.

- При пневмоэнцефалографии обнаруживают явления гидроцефалии, в частности расширение боковых желудочков.
- Возможны трофические нарушения: больные физически истощены, выглядят старше своих лет.
- Лицо одутловатое или сальное.
- Язык подергивается, малинового цвета, сосочки с краев сглажены.
- Гипертермия постоянна, повышение температуры тела до 40—41 °С — прогностически неблагоприятный признак.
- Кожа сухая, с шелушением или, напротив, влажная, с обильным, в виде капель росы потоотделением. Конечности отечны. Легко образуются обширные некротические пролежни.
- Постоянны тахикардия и аритмия.
- АД по мере утяжеления психоза снижается, легко возникают коллаптоидные состояния. Дыхание учащено.
- Печень может быть увеличенной и болезненной. Нередко отмечается частый жидкий стул.
- В крови — лейкоцитоз.

- Через 3—10 дней после развития манифестных симптомов болезни психические и соматовегетативные расстройства могут на некоторое время значительно редуцироваться.
- Эти «светлые промежутки» продолжаются от одного до нескольких дней.
- Повторные ухудшения, которых может быть несколько, обычно менее тяжелы и менее продолжительны, чем предыдущие.
- Самым ранним признаком выздоровления служит нормализация сна, вначале лишь во вторую половину, а далее в течение всей ночи.
- У женщин с началом улучшения состояния могут появиться симптомы конфабуляторной спутанности, свидетельствующие о возможности последующего развития корсаковского синдрома.
- Смерть чаще наступает в середине или к концу 2-й недели от начала психоза.
- Нередко летальному исходу способствуют присоединяющиеся интеркуррентные заболевания, в первую очередь пневмонии. Психоз, не приводящий к смерти, обычно длится 3—6 нед и более.
- Обычным исходом энцефалопатии Гайе — Вернике является психоорганический синдром различной глубины, продолжительности и структуры, а также корсаковский синдром (чаще у женщин) и симптомы псевдопаралича (у мужчин).

# Митигированная острая энцефалопатия С. С. Корсаковым (1887)

- В продромальном периоде, продолжающемся 1—2 мес, преобладает астения с выраженной раздражительностью, гиперестезией, пониженным настроением, нарушениями сна, диспепсическими расстройствами.
- Неврологические симптомы преимущественно имеют форму невритов.
- Манифестные расстройства проявляются нетяжелой делириозной симптоматикой ночью, а днем наблюдается либо легкая сонливость, либо тревожно-дисфорическая депрессия с ипохондрией.
- Всегда можно выявить отчетливое нарушение запоминания.
- Вегетативно-неврологические расстройства постоянны, но мало выражены.
- Острый психоз сменяется астенией, иногда в сочетании с депрессией.
- Продолжительность болезненных расстройств от нескольких недель до 2—3 мес.
- Явления астении исчезают раньше, чем нарушения памяти.

# Энцефалопатия со сверхострым «молниеносным» течением

- Заболевают только мужчины.
- В продроме, длящемся 2—3 нед, преобладает адинамическая астения с выраженными вегетативно-неврологическими расстройствами, интенсивность которых резко усиливается при развитии инициальных симптомов психоза.
- Психоз с самого начала проявляется профессиональным или мусситирующим делирием.
- Температура тела повышается до 40—41 °С. Через 1 или несколько дней развивается тяжелое оглушение вплоть до комы.
- Смерть наступает чаще всего на 3—6-й день болезни.
- При своевременно начатом лечении возможно выздоровление с развитием преходящего или затяжного псевдопаралитического синдрома.



# *Хронические энцефалопатии*

## *Корсаковский психоз (алкогольный паралич, полиневритический психоз)*

- Развивается чаще у больных 40—50 лет и старше.
- Он обычно следует за сложными по структуре или тяжелыми делириями или за острой алкогольной энцефалопатией Гайе — Вернике.
- Значительно реже, в основном у пожилых людей, заболевание развивается исподволь.
- Психические расстройства в развернутом периоде психоза определяются триадой симптомов: амнезией, дезориентировкой и конфабуляциями.

- Фиксационная амнезия, ретроградная амнезия.
- Нарушается воспроизведение событий во временной последовательности.
- Страдает и оценка течения времени.
- Конфабуляции чаще возникают при расспросах больных, а не спонтанно.
- Больные рассказывают о как будто только что происшедших с ними событиях, обычно о фактах обыденной жизни или ситуациях, связанных с профессиональной деятельностью.
- Изредка встречаются конфабуляции в виде сложных и фантастических рассказов о происшествиях и приключениях.
- Параллелизма между тяжестью мнестических расстройств и обилием конфабуляции нет.
- Фиксационная амнезия и конфабуляции сопровождаются более или менее выраженной амнестической дезориентировкой или ложной ориентировкой больных в месте, времени и окружающей обстановке.

# *Алкогольный псевдопаралич*

- Редкое заболевание, наблюдается преимущественно у мужчин зрелого и позднего возраста.
- Развивается как после тяжелых делириев и острых алкогольных энцефалопатий, так и постепенно, на фоне выраженной алкогольной деградации.
- Психические и неврологические расстройства напоминают прогрессивный паралич, чаще всего дементную или экспансивную форму.
- Типичны резкое снижение уровня суждений, потеря приобретенных знаний, отсутствие критического отношения к себе и окружающему, грубые, часто циничные шутки, грубость и бесцеремонность в отношениях с окружающими, сочетающиеся с беспечностью, тупой эйфорией и переоценкой своих возможностей вплоть до появления идей величия.

- Иногда встречаются состояния тревожно-ажитированной депрессии с элементами бреда Котара.
- Расстройства памяти, зачастую тяжелые, постоянны.
- Из неврологических симптомов часто отмечаются тремор пальцев рук, языка, мимической мускулатуры, дизартрия, симптом Гуддена, невриты, изменения сухожильных рефлексов.
- Если псевдопаралич развивается вслед за острым психозом, то его течение может быть регрессирующим, но по выходе из него остается большее или меньшее органическое снижение.
- Когда заболевание развивается постепенно, особенно при продолжающемся пьянстве, а также в случаях присоединения к основному заболеванию других органических процессов (черепно-мозговые травмы, сосудистая патология) алкогольный псевдопаралич становится прогрессирующим.

# Редкие формы алкогольных энцефалопатий

# *Энцефалопатия с картиной бери-бери*

- Обменная периферическая полиневропатия.
- Возникает в результате длительной недостаточности тиамина (витамина В<sub>1</sub>).
- Преобладают неврологические нарушения:
  - полиневрит, главным образом нижних конечностей,
  - проявляется в двух формах.
- В одних случаях возникают боли или парестезии с ощущениями холода или жжения, сопровождаемые резким потоотделением; мышечная сила и рефлексy остаются относительно сохранными;
- в других — преобладают мышечная слабость, часто с неспособностью стоять на ногах, потеря кожной чувствительности; исчезают ахилловы и коленные рефлексy.
- Нередко отмечается миокардиодистрофия, иногда с явлениями правожелудочковой недостаточности.
- Психические нарушения определяются в первую очередь астеническими симптомами.

## *Энцефалопатия с картиной пеллагры* (алкогольная пеллагра)

- Возникает в связи с хронической недостаточностью витамина РР (никотиновой кислоты).
- Для диагностики имеют значение изменения кожи, в первую очередь кистей.
- На коже образуются симметричные красные или серо-коричневые воспаленные участки. Позже может начаться шелушение.
- Часто бывает поражение желудочно-кишечного тракта: стоматит, явления гастрита и энтерита, сопровождаемые поносами.
- Психические расстройства неспецифичны, проявляются различными по тяжести симптомами астении, реже в сочетании с неглубокими расстройствами памяти.



## Энцефалопатия с симптомами ретробульбарного неврита (алкогольная, витаминная амблиопия).

- Основной симптом — нарушение центрального или центрально-краевого зрения, больше на предметы красного или белого цвета.
- На глазном дне обычно находят легкое побледнение височной части сосков зрительных нервов.
- Энцефалопатия часто сочетается с различными неврологическими симптомами — алгиями, парестезиями, атаксией, неустойчивостью при ходьбе, дисфонией, спастическими параличами вплоть до тетраплегии.
- В легких случаях без тяжелых неврологических симптомов и при адекватном лечении расстройства постепенно сглаживаются в течение 1 — 1,5 мес, но иногда для этого необходимо от 4 до 10 мес.
- Психические расстройства проявляются различными симптомами астении.

# *Энцефалопатия, обусловленная стенозом верхней поллой вены*

- Описана в конце прошлого века Fredrichs (1877), Lancereaux (1899), в последнее время J. Delay (1958).
- Встречается у больных хроническим алкоголизмом, страдающих циррозом печени, нередко клинически нераспознанным.
- Остро развиваются расстройства сознания, колеблющиеся от обнубиляции до комы.
- При неглубоком помрачении сознания преобладает эйфория с детскостью, шаловливостью, раздражительностью или апатия.
- Характерен тремор пальцев рук в виде их последовательного сгибания и разгибания, а также выраженная мышечная гипотония.
- Смерть наступает в глубокой коме.
- В менее тяжелых случаях эти нарушения быстро исчезают, в последующем могут повториться.

# Алкогольная мозжечковая атрофия (ограниченная алкогольная дегенерация коры мозжечка)

- Наблюдается преимущественно у мужчин.
- Случаи алкогольной мозжечковой атрофии необходимо отличать от острых преходящих мозжечковых нарушений вследствие однократного тяжелого алкогольного отравления (описано впервые В. М. Бехтеревым в 1901 г.).
- Описано более 200 анатомически верифицированных случаев алкогольной мозжечковой атрофии.
- Симптоматика складывается из нарушений равновесия при стоянии и ходьбе, выраженной неустойчивости в позе Ромберга, интенционного тремора, адиадохокинеза, мышечной гипотонии, иногда вестибулярных расстройств.
- Заболевание развивается чаще всего медленно.
- Психические нарушения проявляются психоорганическим синдромом различных степеней.
- В диагностике применяют пневмоэнцефалографию, КТ

# Энцефалопатия Маркиафавы — Биньями (синдром Маркиафавы — Биньями, центральная дегенерация мозолистого тела)

- Описана впервые итальянскими психиатрами E. Marchiafava, A. Vignati (1903) у крестьян, употреблявших много самодельных красных вин некоторых сортов.
- Развивается исподволь, на протяжении нескольких лет, и по многим своим проявлениям может напоминать тяжелую алкогольную деградацию.
- Вслед за манифестными психическими расстройствами (обычно в форме делирия) проявляются массивные неврологические нарушения: резко выраженная дизартрия, «глазные симптомы» (то диссоциированные, то в форме тотальной офтальмоплегии), часто с нарушением подвижности радужки, генерализованная оппозиционная гипертония, астазия — абазия, лишаящая возможности стоять даже при поддержке, гиперрефлексия со спастическими параличами в форме теми-, пара- и даже тетраплегии; недержание мочи и кала.

## *Центральный некроз моста (центральный миелиноз моста)*

- Описан впервые R. Adams, M. Victor и E. Mancall (1959). Известно более 50 анатомически верифицированных случаев этого заболевания.
- Психические нарушения определяются состоянием, близким к апатическому ступору.
- Характерно отсутствие реакции не только на окружающее, но даже и на болевые раздражения, несмотря на сохранность болевой чувствительности.
- Из неврологических расстройств отмечаются тетраплегия с вялыми параличами, симптомы пареза лицевого нерва, «глазные симптомы», псевдобульбарные расстройства, насильственный плач.

## Ламинарный корковый склероз Мореля

- Описан впервые F. Morel (1939).
- Как психические, так и неврологические клинические проявления очень сходны с таковыми при алкогольном псевдопараличе.
- Постепенное развитие деменции может прерываться возникновением делириозных состояний.

- Прогноз алкогольных энцефалопатий, в первую очередь острых, типа Гайе — Вернике, до недавнего времени был очень тяжелым: не менее 50 % больных умирали во время психоза.
- После введения современных методов терапии число смертельных исходов сократилось почти в 5 раз и соответственно значительно возросло число случаев с достаточно полным выздоровлением.
- При продолжающемся пьянстве возможны повторные приступы с картиной делирия, энцефалопатий Гайе — Вернике, корсаковского психоза, псевдопаралича.
- Органическое снижение может быть тяжелым, с развитием необратимого слабоумия.

# Патогенез металкогольных психозов

- Нарушение обменных и нейровегетативных процессов.
- В первую очередь это относится к алкогольным делириям и энцефалопатиям.
- Поражения печени приводят к нарушению ее антитоксической функции и к последующему токсическому поражению ЦНС, прежде всего диэнцефальных отделов, недоокисленными метаболитами белково-липидного обмена.
- Добавочные соматические вредности, очень часто предшествующие развитию психозов, усиливают проявления токсикоза. Это приводит к нарушениям нейровегетативной регуляции и функции гипофизарно-надпочечниковой системы.
- Очень большое значение, особенно при алкогольных энцефалопатиях, имеет нарушение витаминного баланса.
- Патогенез других металкогольных психозов почти неизвестен.
- Отмечена роль добавочных органических вредностей, в первую очередь черепно-мозговых травм и конституциональных факторов в развитии сложных, атипичных и затяжных алкогольных психозов.



- Патогенез бреда супружеской неверности обусловлен сочетанием ряда причин:
- органическим снижением под влиянием токсикоза,
- возрастом, личностной предрасположенностью,
- психологическими провоцирующими моментами, связанными со злоупотреблением алкоголем,
- в ряде случаев со снижением потенции у больных.

# *Лечение металкогольных психозов*

- Тяжесть больного алкогольным психозом коррелирует с динамикой таких показателей гомеостаза, как кислотно-основное состояние (КОС), объем циркулирующей крови и водно-электролитный баланс.
- При алкогольном делирии:
  - прогрессирующие обезвоживание организма
  - декомпенсированный метаболический ацидоз
  - полицитемическая гиповолемия
  - увеличение содержания натрия в плазме крови и уменьшение его в эритроцитах
  - уменьшение содержания калия в эритроцитах и плазме с усугублением этих показателей при нарастании тяжести психопатологических явлений

- При алкогольном делирии с явлениями гипергидратации и гиперволемии нарушения гомеостаза характеризуются динамикой от частично компенсированного метаболического ацидоза,
- полицитемической гиперволемии
- увеличения содержания калия и натрия (и в плазме крови, и в эритроцитах) до декомпенсированного метаболического ацидоза с дальнейшим ростом полицитемической гиперволемии
- увеличением содержания калия в плазме и натрия в эритроцитах
- снижение содержания калия в эритроцитах и натрия в плазме крови при мусситирующем делирии, аментивных, сопорозных и коматозных состояниях.

# Прогноз

- Определение уровня внутри- и внеклеточного калия и натрия имеет важное прогностическое значение.
- Уровень натрия от 13 до 17 мкмоль/л и калия от 85 до 90 мкмоль/л указывает на относительно легкое и непродолжительное (менее 1 нед) течение острого алкогольного психоза
- Уровень натрия от 20 до 24 мкмоль/л и калия от 65 до 80 мкмоль/л является показателем более тяжелого и затяжного течения психоза.

- Выраженная гипокалиемия (ниже 3,5 мкмоль/л) и уменьшение величины отношения уровня калия к содержанию натрия в эритроцитах развивается при тяжелых формах алкогольных психозов и предшествует возникновению отека и набухания головного мозга.
- Выраженная гипокалиемия (ниже 3,5 мкмоль/л) и резкое повышение эритроцитарного натрия (свыше 24 мкмоль/л) являются бесспорным свидетельством развившегося отека мозга и прямым показанием для назначения всего объема неотложных лечебных мероприятий, включая экстракорпоральные методы детоксикации.

# Терапевтические мероприятия

- 1) дезинтоксикацию;
- 2) ликвидацию метаболических нарушений (гипоксия, ацидоз, гипо- и авитаминоз) и коррекцию водно-электролитного, кислотно-основного состояния;
- 3) устранение гемодинамических, сердечно-сосудистых нарушений;
- 4) предупреждение отека легких, а при его возникновении — его устранение;
- 5) предупреждение и устранение отека и гипоксии мозга;
- 6) нормализацию дыхания;
- 7) ликвидацию гипертермии;
- 8) предупреждение или ликвидацию нарушений функции печени и почек;
- 9) лечение сопутствующей соматической патологии.

- В основе острых алкогольных психозов лежит органический процесс — алкогольная энцефалопатия.
- Они формируются на фоне интоксикации алкоголем с развитием гипоксии и отека мозга с резким нарушением водно-электролитного и кислотно-основного состояния, витаминного баланса и выраженными гемодинамическими и вегетативными сдвигами.

# *Алкогольный делирий*

## Обследование:

- систематический контроль за соотношением введенной жидкости и диуреза;
- общие анализы крови и мочи;
- биохимический анализ крови (содержание сахара, белка с определением белковых фракций, билирубина, ферментов, остаточного азота, мочевины, креатинина, калия, натрия, кальция, магния, хлоридов в сыворотке крови);
- гематокрит, рН крови, газы крови;
- ЭКГ
- консультации терапевта, невропатолога и окулиста.



# Алкогольный делирий

## лечение:

- 1) детоксикация — применение поливидона, декстрана-70, декстрана-40, препаратов трисоль и хлосоль, изотонического раствора хлорида натрия, раствора Рингера внутривенно (капельно) или 5 % раствора глюкозы (капельно) по 500—1000 мл; 25 % раствора сульфата магния — 5—10 мл внутривенно с 10 % раствором глюкозы (капельно); тиосульфата натрия, хлорида кальция внутривенно, унитиола — 5—10 мл внутримышечно;
- 2) немедикаментозная детоксикация — очистительная клизма, плазмаферез, гипербарическая оксигенация, поверхностная церебральная гипотермия, назначение энтеросорбентов;
- 3) применение витаминов — тиамина, пиридоксина, цианокобаламина, аскорбиновой и никотиновой кислоты внутривенно или внутримышечно;
- 4) использование мочегонных средств — маннитола внутривенно, фуросемида внутримышечно, ацетазоламида, триампура — внутрь;
- 5) назначение препаратов, устраняющих возбуждение и бессонницу, — оксибутирата натрия, тиопентала натрия внутривенно, диазепама внутримышечно;
- 6) применение препаратов, воздействующих на мозговой обмен (ноотропных средств) — 20 % раствора пирацетама парентерально по 10—20 мл;
- 7) назначение глюкокортикоидов — гидрокортизона, преднизолона внутривенно или внутримышечно;
- 8) использование антиконвульсантов — карбамазепина, вальпроевой кислоты внутрь.

- В патогенезе алкогольного делирия определенное значение имеет прекращение приема алкоголя.
- Для купирования возбуждения, бессонницы и вегетативных сдвигов используют также смесь Е. А. Попова (состав: фенобарбитал 0,4 г, спирт винный 20 мл, вода дистиллированная 200 мл). Эту смесь назначают внутрь 1—3 раза в сутки (желательно в ночное время).
- Она более эффективна в стадии предвестников, предделириозной стадии и в I стадии развития психоза

- Когда организм больного обезвожен, необходима регидратация, которую проводят с учетом суточной потребности человека в жидкости (2500—2800 мл), степени обезвоженности, способности больного пить и диуреза.
- Количество вводимой жидкости должно быть равно суточному диурезу + 400 мл (потеря при дыхании) и + 400 мл на каждый градус температуры тела выше 37 °С .
- Об эффективности лечения обезвоженности свидетельствуют снижение относительной плотности мочи и увеличение диуреза до 400-500 мл за 8 ч.

# Регидратация

Регидратацию проводят внутривенно капельно с использованием:

- 5 % раствора глюкозы по 800—1500 мл/сут в сочетании с инсулином (8—16 ЕД),
- раствора Рингера — до 2—3 л/сут,
- изотонического раствора натрия хлорида — до 2—3 л/сут;
- гемодеза — по 400 мл 2—3 раза в сутки,
- реополиглюкина — по 400—1500 мл/сут;
- декстрана-40, декстрана-70 — до 2—2,5 л/сут.

# Гипергидратация

- При состоянии гипергидратации (переполнение шейных вен, периферические отеки, симптомы отека мозга) следует проводить дегидратацию.
- Внутривенно капельно 500—1000 мл гипертонического (10—20 %) раствора глюкозы с инсулином (1 ЕД инсулина на каждые 4 г сухой глюкозы),
- 3 % раствора хлорида калия (50—100 мл) или раствор панангина (10 мл),
- раствор концентрированной плазмы (содержимое 1 ампулы вводят внутривенно капельно) в сочетании с диуретиками (фуросемид, лазикс, маннит, мочевины).
- По достижении положительного диуреза (когда количество мочи превысит количество вводимой жидкости на 10 %) общее количество инфузионных растворов определяется количеством выделенной мочи.
- Для предупреждения гипокалиемии, обусловленной усиленным диурезом, вводят 3 % раствор хлорида калия по 50—100 мл внутривенно медленно или раствор панангина (10 мл — одна ампула) внутривенно с изотоническим раствором или 5 % раствором глюкозы.

# Дезинтоксикация

- 5 % раствор унитиола по 5 мл внутримышечно 2 раза в сутки,
- 30 % раствор тиосульфата натрия — по 5—10 мл внутривенно;
- 25 % раствор магния сульфата — по 10 мл внутримышечно;
- витаминные препараты: 5 % раствор аскорбиновой кислоты по 4 мл 2 раза в сутки внутривенно или внутримышечно, 1 % раствор никотиновой кислоты — по 2 мл 2 раза в сутки, 6 % раствор тиамина бромида по 5—6. мл внутримышечно 3—4 раза в сутки; 5 % раствор пиридоксина по 4—6 мл внутримышечно 2 раза в сутки; 0,02 % раствор цианокобаламина по 1—2 мл внутримышечно.
- При возможности перорального приема назначают рутин по 50—100 мг 2—3 раза в сутки,
- пангамат кальция — по 200—500 мг в сутки.

# Витаминотерапия

- 1) показано комплексное применение различных витаминных препаратов и их аналогов.
- 2) необходимо учитывать несовместимость ряда витаминных препаратов при их одновременном (в одном шприце) парентеральном введении. Не рекомендуется, например, одновременное парентеральное введение тиамин бромид с пиридоксином и цианокобаламином. Цианокобаламин (витамин В12) усиливает аллергизирующее действие тиамин и способствует разрушению витаминов В1 и В6, а пиридоксин затрудняет превращение тиамин в биологически активную (фосфорилированную) форму;
- 3) дозы витаминов, назначаемые в остром периоде психоза, должны значительно превышать среднетерапевтические.

- Последние годы при купировании алкогольных психозов, в частности делириев, широко применяют немедикаментозные методы детоксикации: плазмаферез, гипербарическую оксигенацию, поверхностную краниоцеребральную гипотермию, гемосорбцию и энтеросорбенты внутрь.



# Устранение ацидоза

- Улучшением деятельности сердечно-сосудистой системы, легочной вентиляции, оксигенотерапией, коррекцией печеночной и почечной недостаточности, внутривенное введение капельно 5 % раствора бикарбоната натрия в дозе, рассчитанной на основе лабораторных показателей (чаще всего до 150—200 мл/сут).
- Повторное, без учета показателей КОС введение бикарбоната натрия чревато переходом ацидоза в алкалоз, также неблагоприятно воздействующего на гомеостаз.
- В качестве компонента комплексной терапии при ацидозе назначаются кокарбоксилаза в дозе 50—100 мг 1—2 раза в сутки внутримышечно в течение острого периода, дисоль (сбалансированный раствор хлорида натрия — 6 частей и гидрокарбоната натрия — 4 части в 1 л апиrogenной воды) — до 1 л внутривенно капельно;
- 4 % раствор хлорида калия до 200 мг в виде инфузий на изотоническом растворе хлорида натрия, солевых растворах или глюкозе.

# Поддержание кровообращения

- Поддержание кровообращения на основе оценки объема циркулирующей крови (ОЦК), сердечного выброса и периферического сопротивления сосудов.
- Угрожаемым в состоянии алкогольного делирия чаще всего является снижение АД, причинами которого могут быть уменьшение сократительной способности миокарда, гиперволемиа и низкий сердечный выброс вследствие гиповолемии.
- ОЦК является наиболее важным гемодинамическим параметром, но уровень его не всегда можно оценить по внешнему виду больного (за исключением случаев сердечной астмы и отека легких, при которых ОЦК всегда избыточен).

- При длительном злоупотреблении алкоголем формируются скрытая сердечная недостаточность и артериальная гипертензия, поэтому при развитии симптомов острой сердечной недостаточности уровень АД может оставаться относительно высоким.
- Для больного с артериальной гипертензией это состояние является угрожающим.
- Основанием для тревоги и проведения неотложных мероприятий у больного алкогольным делирием при наличии признаков сердечной недостаточности может быть АД даже в пределах 110/80—120/90 мм. рт.ст.
- В этих случаях наибольшее значение имеет показатель пульсового давления.

- Тактика ведения больного алкогольным делирием при гиперволемии и развитии сердечной недостаточности, клинически выражающейся глухостью сердечных тонов, учащением пульса, одышкой, влажными хрипами по задней поверхности легких, переполнением шейных вен, должна быть направлена на уменьшение ОЦК (назначение мочегонных — фуросемида, лазикса — по 20—60 мг) и включать введение сердечных гликозидов (строфантин, коргликон или дигоксин).
- При более тяжелом состоянии больного, когда отмечаются отечность и гиперемия кожных покровов, инъецированность сосудов склер, переполнение шейных вен, одышка, тахикардия, гипергидроз, тремор, озноб, периферические отеки, показана терапия вазопрессорами.
- При АД в пределах 110/90—100/80 мм рт. ст. — внутривенное введение 200 мг дофамина в 400 мл изотонического раствора хлорида натрия (скорость введения — 10 капель в 1 мин под контролем АД).
- Как правило, систолическое давление при этом повышается незначительно, но состояние больного улучшается за счет увеличения пульсового давления, ударного объема сердца и улучшения почечного кровотока.

- При более тяжелых состояниях и АД в пределах 80/60 мм рт. ст. и ниже дофамин вводят со скоростью 15—20 капель в 1 мин.
- Инфузию производят непрерывно от 2—3 ч до 1—4 дней.
- Суточная доза — 400—800 мг препарата. Для усиления действия дофамина терапию иногда дополняют внутривенным капельным введением 0,25 мг (1 мл) 0,025 % раствора дигоксина в 10 мл 5 % раствора глюкозы.
- При необходимости возможны повторные введения дигоксина через 3 ч в суточной дозе не более 5 мг.
- Одновременно назначают мочегонные средства — фуросемид, лазикс внутривенно медленно струйно в дозе 20—60 мг 1—2 раза в сутки.
- При отсутствии эффекта от проводимой терапии дофамином и дигоксином показано капельное внутривенное введение норадреналина. Ампульный раствор норадреналина разводят в 5 % растворе глюкозы или в изотоническом растворе хлорида натрия из расчета, чтобы в 1 л раствора содержалось 2—4 мл (4—8 мг) 0,2 % раствора гидротартрата норадреналина.

- При нарастании симптомов сердечной недостаточности, угрозе отека легких или появлении его признаков (усиление одышки, кашель, пенная мокрота) наряду с введением вазопрессорных средств показано назначение нитратов: 10 мл 1 % раствора нитроглицерина (специальная ампульная форма) разводят в 100 мл изотонического раствора хлорида натрия и вводят внутривенно капельно со скоростью 5—6 капель в 1 мин под контролем АД.
- Обычно количество нитроглицерина, необходимое для получения эффекта, не превышает 100 мкг (1 мл 0,01 % раствора) в 1 мин.
- Необходимо также вводить внутривенно мочегонные средства — лазикс, фуросемид (не менее 60 мг), согреть больного горячими грелками.
- Необходимы введение растворов электролитов (внутривенно), ингаляции кислорода.

- Состояние гиповолемии (сухость кожи и слизистых оболочек, заострение черт лица, бледно-землистый оттенок кожи, западение глазных яблок, цианоз губ, спадение шейных вен, снижение тургора кожи, угнетение рефлексов, развитие сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности) опасно тем, что несмотря на низкое АД введение средств (вазопрессоров), повышающих его, противопоказано, так как это приводит к развитию сердечного шока.
- В этих случаях лечебные мероприятия должны быть направлены на восполнение ОЦК, что достигается достаточно быстрым введением от 1,5 до 4 л жидкости внутривенно (5 % раствор глюкозы в сочетании с инсулином, изотонический раствор натрия хлорида, реополиглюкин и др.).

- В качестве плазмозамещающих средств, нормализующих гемодинамику, увеличивающих ОЦК, используют низко- и высокомолекулярные растворы: декстран-40 и декстран-70, которые вводят в дозе до 2—2,5 л/сут внутривенно со скоростью 60—80 капель в 1 мин.



- В основе нарушений ритма сердца при хронической интоксикации алкоголем лежат электролитные сдвиги — гипомагниемия и гипокалиемия.
- При развитии тахикардии к неотложным мероприятиям относится внутривенное капельное введение 5—10 мл 25 % раствора сульфата магния, 30 мл 4 % раствора хлорида калия, 20 мл (400 мг) 2 % раствора рибоксина в 200 мл изотонического раствора хлорида натрия.
- Одновременно вводят обзидан в дозе 5 мг внутривенно медленно (1 мг в 1 мин).
- При отсутствии эффекта показано введение 10 мл 10 % раствора новокаинамида в 10 мл изотонического раствора хлорида натрия внутривенно (медленно).

- К отеку и гипоксии головного мозга при алкогольном психозе приводят гемодинамические нарушения, токсикоз, повышенная проницаемость сосудистой стенки, нарушения водно-электролитного обмена.
- Своевременно начатая комплексная терапия алкогольного делирия, направленная на ликвидацию или предупреждение вышеперечисленных нарушений, способствует профилактике отека мозга.
- Для профилактики отека мозга у больных с алкогольным делирием назначают гипертонические растворы глюкозы и сульфата магния.

- Наиболее показанным и эффективным при лечении отека мозга при алкогольном делирии является осмотический диуретик маннитол, который применяют в виде 15 % раствора внутривенно капельно в дозе 0,5—1,5 г/кг массы тела.
- Дегидратирующий эффект маннитола выражен довольно значительно (снижение ликворного давления на 50—90 %). Он наступает быстро (через 50—60 мин) и держится в течение 4—8 ч.
- При назначении маннитола необходимы контроль за диурезом, балансом электролитов, возмещение потери жидкости и ионов натрия, для чего после введения препарата рекомендуется введение изотонического раствора хлорида натрия внутривенно.
- Диуретическое действие лазикса, относящегося к группе салуретиков, в целом сравнимо с действием осмотических диуретиков (маннитол, мочевины), но применение лазикса, умеренно снижающего внутричерепное давление, приводит к значительному общему обезвоживанию, которое и так имеет место у большинства больных алкогольным делирием.
- Для предупреждения и лечения отека мозга наряду с диуретиками обязательно назначают кортикостероиды, способствующие нормализации проницаемости сосудов мозга и препятствующие накоплению в мозговых клетках воды и натрия.
- Для этой цели назначают гидрокортизона ацетат по 50—100 мг внутримышечно, гидрокортизона гемосукцинат по 25—50 мг внутривенно, преднизолон — по 30—45 мг 1—2 раза в день перорально.

- Естественно, что все мероприятия, направленные на предупреждение и лечение отека мозга, способствуют борьбе с гипоксией мозга.
- Кроме этого, для ликвидации гипоксии мозга применяется витаминотерапия: 5 % раствор аскорбиновой кислоты по 5 мл внутримышечно или с 40 % раствором глюкозы (10—20 мл) внутривенно; 1 % раствор никотиновой кислоты (5 мл) внутримышечно, 6 % раствор тиамина бромидом (2—4 мл) внутримышечно; 0,02 % раствор цианокобаламина (1 мл) внутримышечно.
- Показано также введение 1 % раствора АТФ (2—3 мл) внутримышечно и ноотропила (пирацетам) до 9—12 г/сут внутримышечно или внутривенно.
- Используются и «поляризующие» растворы с инсулином: 10 % раствор глюкозы (100—200 мл) с инсулином (из расчета 1 ЕД на 3—5 г глюкозы); 3—6 ЕД инсулина с 10—20 мл 10 % раствора хлорида калия (из расчета получения 1 % раствора хлорида калия в общей смеси).

- В борьбе с отеком и гипоксией мозга применяется также локальная поверхностная краниocereбральная гипотермия.
- Для этой цели обычно используются пузыри со льдом, холодная вода, пропускаемая через резиновые шлемы, но иногда и специальные приборы — гипотермогенератор типа ПГВ-02 и др.

- При алкогольном делирии достаточно часто наблюдаются нарушения дыхания, которые могут быть обусловлены не только расстройством центральной регуляции дыхания в результате отека мозга, но и обтурацией дыхательных путей слизью и/или западением языка, а также воспалительными, аллергическими и застойными изменениями в легких.
- Для предупреждения обтурации дыхательных путей следят за правильным положением больного в постели, производят туалет полости рта.
- Тяжелых больных через каждые 2—3 ч поворачивают в постели для предупреждения пневмоний, периодически отсасывают из дыхательных путей слизь и рвотные массы с помощью электроотсоса, проводят оксигенотерапию.
- Воспалительные и застойные изменения в легких ликвидируют с помощью антибиотиков, сульфаниламидных препаратов, сердечных гликозидов и других средств.

- При стойкой гипертермии, не обусловленной соматической патологией (пневмония, интеркуррентные заболевания), прежде всего используют физические методы охлаждения: больного раздевают, охлаждают потоком воздуха с помощью вентилятора, обтирают полотенцем, смоченным раствором спирта, кладут пузыри со льдом на область магистральных сосудов.
- При отсутствии эффекта вводят внутривенно 2 мл 50 % раствора анальгина.

- При наличии симптомов поражения печени (увеличение и болезненность органа, гипербилирубинемия и т. д.) назначают 1 % раствор хлорида холина на изотоническом растворе хлорида натрия до 200—300 мг (2—3 г/сут) внутривенно капельно со скоростью введения до 30 капель в 1 мин или в виде 20 % раствора по 1 чайной ложке (5 мг) 3—5 раз в день, сирепар по 2—3 мл внутримышечно 1 раз в сутки, метадоксил по 300—600 мг (1—2 ампулы) внутримышечно или внутривенно.
- Для предупреждения нарушений функции почек необходимо следить за диурезом, своевременно проводить регидратацию при обезвоживании и коррекцию метаболических нарушений.



- При появлении в статусе больного алкогольным делирием судорожного компонента назначают карбамазепин, вальпроевую кислоту внутрь.
- В случае развития судорожных припадков или эпилептического статуса следует вводить:
  - 1) внутривенно или внутримышечно 2—4 мл 0,5 % раствора седуксена 3—4 раза в сутки;
  - 2) 5 % раствор унитиола (10 мл) внутривенно или внутримышечно; 25 % раствор сульфата магния (10 мл) внутримышечно, 1 % раствор лазикса (2 мл) внутримышечно с последующим введением 10 % раствора глюконата кальция (10 мл) внутривенно, 40 % раствора глюкозы (40 мл) с 5 % раствором аскорбиновой кислоты (5 мл) внутривенно.
- Одновременно (после очистительной клизмы) вводят в микроклизме 50 мл 3 % раствора хлоралгидрата.
- При неэффективности терапии показано внутривенное введение 10 % раствора гексенала (10 мл) или 2,5 % раствора тиопентала-натрия (10 мл) медленно.
- Если при эпилептическом статусе эффект отсутствует, то через 1—2 ч повторно вводят сульфат магния, сульфат кальция и 0,5 % раствор седуксена (4—8 мл) внутривенно в 20 мл изотонического раствора хлорида натрия или 40 % раствор глюкозы.

- Если судорожное состояние не купируется, показано внутривенное введение 20 % раствора оксибутирата натрия (20 мл).
- При затяжных судорожных припадках рекомендуется назначение 5 % раствора бикарбоната натрия — 250 мл внутривенно, 15 % раствора маннитола из расчета 0,5—1,5 г на 1 кг массы тела больного.
- В наиболее тяжелых случаях показана люмбальная пункция с извлечением 15—20 мл цереброспинальной жидкости.
- При неэффективности проводимых мероприятий больному дают ингаляционный наркоз.
- Следует помнить, что при наличии судорог противопоказаны кордиамин, коргликон, камфора, лобелии, цититон, так как они способствуют повышению судорожной активности.

Терапия острого и подострого алкогольного галлюциноза, алкогольного параноида, алкогольной паранойи, алкогольного бреда ревности, алкогольной энцефалопатии и корсаковского психоза

- Соблюдение следующих стандартов:  
Обследование: общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови (сахар, белок, белковые фракции, билирубин, печеночные ферменты, сулемовая и тимоловая пробы, рН крови, газы крови, остаточный азот, калий, натрий, кальций, магний, хлориды в сыворотке крови), ЭКГ, рентгеноскопия органов грудной клетки, консультации терапевта, невропатолога и окулиста.

# Лечение:

- 1) детоксикация — поливидон, декстран-70, декстран-40, трисоль, хлосоль, раствор Рингера внутривенно капельно; изотонический раствор хлорида натрия, 5 % раствор глюкозы подкожно капельно; 25 % раствор сульфата магния с 10 % раствором глюкозы внутривенно, тиосульфат натрия внутривенно;
- 2) немедикаментозная детоксикация;
- 3) витамины: тиамин, пиридоксин, цианокобаламин, растворы аскорбиновой и никотиновой кислоты внутривенно или внутримышечно, рибофлавин, фолиевая и тиоктовая (липоевая) кислота внутрь;
- 4) нейролептики: галоперидол, трифлуоперазин, хлорпромазин, левомепромазин, перфеназин, клозапин (последний — по истечении 1 нед от приема алкоголя);
- 5) транквилизаторы и снотворные: диазепам, оксазепам, реладорм, оксибутират натрия;
- 6) ноотропы: пирацетам, пикамилон, гопантеновая кислота, церебролизин;
- 7) при тенденции к затяжному течению — неспецифическая стимуляция: аутогемотерапия, пирогенал внутримышечно, экстракт алоэ подкожно.

- Терапия нейролептиками противопоказана при острой алкогольной энцефалопатии.
- Назначают многопрофильную интенсивную инфузионную терапию по схеме, аналогичной при лечении алкогольного делирия, с ежедневным введением больших доз витаминов внутримышечно (В1 — 500—1000 мг; В6 — 500-1000 мг; С — до 1000 мг; РР — 300-500 мг) и ноотропов (ноотропил, или пирацетам, — до 10—12 г/сут).
- Длительность назначения массивных доз витаминов и ноотропов определяется статусом больного и колеблется от 2 нед до 1 мес и более.
- В период реконвалесценции проводят терапию гипогликемическими дозами инсулина, что способствует ликвидации астенических расстройств.
- В последующем больным показана длительная терапия ноотропными препаратами (ноотропил, пикамилон, энцефабол, гопантеновая кислота, оксибрал и др.), курсы лечения церебролизином, глутаминовой кислотой, винпоцетином (внутримышечно или внутрь), циннаризином (внутри).

# Лечение острого алкогольного галлюциноза и параноида

- Основное место в терапии занимают психотропные средства (аминазин — 150—300 мг/сут, стелазин — 20—50 мг/сут, галоперидол — 10—30 мг/сут, левомепромазин — 50—150 мг/сут), которые в первые дни лечения вводятся парентерально.
- Первоначально наиболее эффективно внутривенное введение аминазина или левомепромазина (тизерцина) в дозе 50 мг, после чего сразу же наступает достаточно продолжительный сон.
- В последующем терапия осуществляется галоперидолом (5—10 мг) или стелазин (трифтазином) — по 10—15 мг 3 раза в день внутримышечно. При необходимости галоперидол и стелазин (трифтазин) можно комбинировать с аминазином или левомепромазином — до 150 мг/сут.
- По мере ослабления выраженности психопатологических явлений больных переводят на прием нейролептиков внутрь.

- При выявлении в статусе больных отчетливого депрессивного аффекта наиболее показано дополнение к терапии нейролептиками антидепрессантов (чаще всего используется амитриптилин в дозе 50—100 мг/сут и более), но не ранее 10 дней после последнего приема алкоголя.
- Лечение психотропными препаратами всегда сочетают с витаминотерапией.
- Терапию психотропными препаратами осуществляют до исчезновения продуктивных расстройств и появления достаточно полного критического отношения к бывшему психозу.
- Снижение доз и отмену психотропных препаратов производят по общепринятой методике.

- При затяжных галлюцинозах и параноидах первоначально проводят ту же терапию, что и в острых случаях.
- В дальнейшем используют галоперидол (по 10 мг) или стелазин (по 15 мг) 3 раза в день внутримышечно.
- При недостаточном эффекте или отсутствии его через 3—4 нед. возможно применение инсулиншоковой терапии (20—25 глубоких гипогликемических состояний).
- При выявлении в структуре психоза (особенно при галлюцинозе) депрессивных расстройств показан амитриптилин до 200—250 мг/сут.
- При лечении алкогольной паранойи применяют стелазин (трифтазин) до 60 мг/сут или аминазин до 400 мг/сут.
- При терапии хронических галлюцинозов назначают преимущественно галоперидол (до 30 мг/сут) или стелазин (трифтазин) до 60 мг/сут, с помощью которых обычно удается достичь редукции соответствующих расстройств и нормализации поведения больных, что позволяет начать собственно противоалкогольное лечение.
- В случаях длительной ремиссии при алкоголизме возможна спонтанная редукция симптомов галлюциноза.



# ***Прогноз металкогольных психозов***

- Психозы значительно утяжеляют алкоголизм:
- учащаются и удлиняются запои,
- промежутки между ними сокращаются;
- больные чаще употребляют суррогаты;
- усиливается деградация личности,
- выраженные мнестико-интеллектуальные нарушения.
- увеличивается частота и выраженность соматических осложнений алкоголизма.

- Профессиональное снижение наблюдается у 60 % больных, перенесших психозы.
- Учащаются случаи антисоциального поведения, в том числе влекущие за собой уголовную ответственность.
- У 30 % больных, продолжающих пьянствовать, наблюдаются повторные психозы.
- При последних клиническая картина нередко усложняется.
- У 41,6 % больных с повторными металкогольными психозами наряду с осложненной клинической картиной наблюдается переход к протрагированному течению с продолжительностью приступа до 3 мес и более.
- С увеличением числа повторных психозов возрастает и число больных с протрагированными приступами.
- Чем больше повторных психозов переносит больной, тем короче интервалы между ними.

# Летальность

- Летальность при однократных и повторных металкогольных психозах при катамнестическом обследовании через 5 лет после заболевания составляет 22—23 % [Lundquist G., 1961; Achte K. et al., 1969].
- По катамнестическим данным М. С. Удальцовой, среди больных с повторными психозами через 6 лет умерло 17,8 %.
- Чаще смерть наступала после 2—3-го приступа.

*СПАСИБО*