

Лекция. Алкоголизм. Проблемы пациентов с хроническим алкоголизмом, алкогольными психозами. Клинические проявления и лечебные аспекты хронического алкоголизма, терапия алкогольных психозов. Роль среднего медперсонала в наблюдении за пациентами и профилактике алкоголизма.



«... Мое дело говорить
правду, а не
заставлять верить в
неё...»





Бытовое пьянство



Бытовое пьянство

(злоупотребление алкоголем, употребление с вредными последствиями) — частое употребление алкоголя, еще не сопровождающееся симптомами алкоголизма, но уже с негативными последствиями вредной привычки для различных сфер жизни (ухудшение здоровья, разлад в семье, проблемы на работе)





ЖЕНСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ



TooMuchDrunk.com

ЖЕНСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ,





АЛКОГОЛИЗМ

Алкоголизм заболевание, вызываемое систематическим употреблением спиртных напитков, характеризующееся патологическим влечением к ним, развитием психической (непреодолимое влечение) и физической зависимости (появлением абстинентного синдрома при прекращении употребления). В случаях длительного течения болезнь сопровождается стойкими психическими и соматическими расстройствами.



Данная проблема стала особенно актуальна для нашей страны в последние 5 - 6 лет, когда в связи с политическими и экономическими реформами количество больных этим недугом резко возросло. По данным ВЦИОМа ежегодно на каждого россиянина, включая женщин и детей, приходится по 180 литров выпитой водки.



Алкогольное опьянение

Физиологическое действие алкоголя — эйфоризирующее и транквилизирующее (успокаивающее, снимающее стресс).

Опьянение: легкое, средней тяжести, тяжелое.

Атипичные формы опьянения:

дисфорическое (сопровождается дисфориями),
параноидное (подозрительность, обидчивость, обвинения окружающих),
истероидное (театральное поведение, попытки привлечь внимание, демонстративные ссоры, "обиды", демонстративные суицидные попытки!))

Атипичные формы характерны для людей страдающих алкоголизмом, психопатиями, органическими заболеваниями головного мозга.

Патологическое опьянение

≡ острый психоз, сумеречное помрачение сознания, отражает не интоксикацию алкоголем, а идиосинкразию к нему. часто





ЭТИОЛОГИЯ



В формировании алкогольной зависимости решающую роль играют следующие факторы:

1) Социальные факторы: культурный и материальный уровень жизни, стрессы, информационные перегрузки, урбанизация.

2) Биологические: наследственная предрасположенность. По данным Альтшуллера до 30% детей, чьи родители злоупотребляли алкоголем, могут стать потенциальными алкоголиками.

3) Психологические: психоэмоциональные особенности личности, способность к социальной адаптации и противостоянию стрессам.



Психологические причины алкогольной зависимости.

- *Индивидуальная психологическая предрасположенность пристрастия к алкоголю.*
- Самолечение (прием алкоголя для снятия психологического напряжения, стресса, тревоги, уменьшение чувства подавленности при депрессии);
- Особенности характера, личностного развития.





Социальные причины:

- Терпимое отношение общества к злоупотреблению алкоголем
- Неполная занятость
- Бедность
- Дисгармония в семье
- Стрессовые ситуации на работе
- Дети подражают поведению взрослых
- Дети начинают потреблять алкоголь под нажимом сверстников

Биологические причины



- Диспропорционально высокий уровень алкоголизма у мужчин по сравнению с женщинами (5:1);
- Повышенный риск развития алкоголизма у сыновей//братьев мужчин-алкоголиков;
- Данные по усыновленным близнецам

указывают на повышенный риск алкоголизма

(риск увеличен в 4 раза), если





Патогенез

В патогенезе алкоголизма по
Стрельчуку выделяют три стадии:

1

- Компенсированная

2

- Наркоманическая

3

- Терминальная или стадия декомпенсации

Грозными признаками начала заболевания на I стадии служат: главный симптом - непреодолимая тяга к употреблению алкоголя, потеря "чувства меры" по отношению к выпитому, формирование толерантности к алкоголю и лёгкой формы абстинентного синдрома.

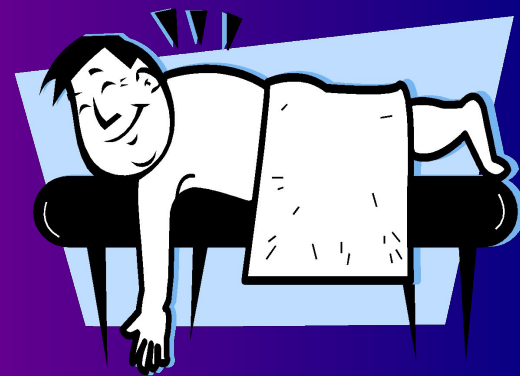
После принятия высоких доз возникает амнезия, снижается трудоспособность. На 1 стадии формируется лишь психическая зависимость. Уже в это время возможны нарушения функционирования некоторых систем органов: часто наблюдаются алкогольные кардиомиопатии, описана неврастеническая симптоматика - нарушения сна, утомляемость, беспричинные колебания настроения.





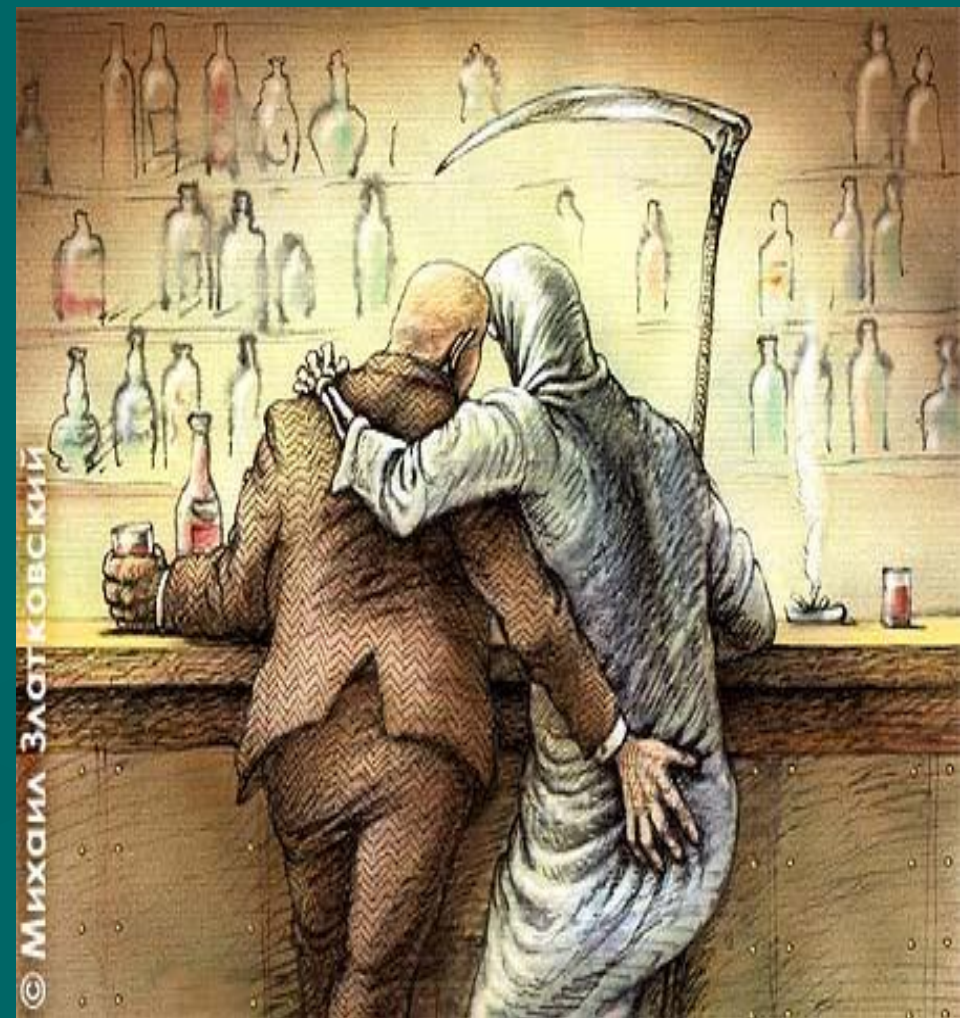
Во второй стадии болезненное влечение к **алкоголю усиливается. Этому сопутствуют нарастающие психические изменения: концентрация всех интересов на алкоголе, **эгоцентризм** - крайняя форма индивидуализма и эгоизма, притупление чувства долга и других высших эмоций, беспечность, эмоциональное огрубление. Характерной особенностью второй стадии является **окончательное формирование абстинентного синдрома**. Кроме того, во второй стадии продолжается и достигает максимума рост толерантности к алкоголю, начавшийся в первой стадии. Из соматических расстройств наблюдаются: алкогольная жировая дистрофия и даже цирроз печени. Со стороны ЖКТ - гастриты, панкреатиты.**

В третьей стадии на первый план выдвигаются признаки психического оскудения, соматического одряхления и падения толерантности к алкоголю (что мы зачастую видим у лиц БОМЖ). Амнезия случается даже при приёме малых доз алкоголя. При этом меняются как характер опьянения, так и характер влечения к алкоголю, который из предмета смакования превращается в средство поддержания жизнедеятельности.



Третья стадия

На третьей стадии алкоголизма выносливость к алкоголю падает, а потребление алкоголя становится практически ежедневным. Наблюдается значительная деградация личности больного с необратимыми изменениями психики. Нарушения со стороны внутренних органов нарастают и становятся необратимыми (алкогольный гепатит, алкогольная энцефалопатия и др.). Также возникают необратимые изменения в нервной системе, приводящие к парезам и параличам, к состояниям, когда галлюцинации длятся длительное время (синдром





Диагностические признаки:



отсутствует рвотная
реакция на приём
большого количества
алкоголя

потеря контроля над
количеством выпитого

частичная ретроградная
амнезия

наличие абстинентного
синдрома

запойное пьянство



Общетоксическое действие

1) Мембраноразрушающее действие. Этиловый спирт нарушает состояние мембран, изменяя структуру билипидного слоя, изменяя тем самым их проницаемость, грубо нарушает систему трансмембранного транспорта.

2) Патогенное действие продуктов метаболизма этилового спирта:

После прохождения гематоэнцефалического барьера сивушные масла и ацетальдегид усиливают высвобождение, взаимодействуют с дофамином и норадреналином, оказывая психостимулирующее и галлюциногенное воздействие.

3) Изменение метаболизма:

Изменяется жировой обмен - активируется липогенез, синтез холестерина. Итог атеросклероз, жировая дистрофия печени. Ингибируется цикл Кребса, снижается глюконеогенез, что способствует гипогликемии.

Блокируется синтез белка, в результате чего развивается гипопроteinемия.



Эффекты воздействия на ЦНС

Выделяют две фазы действия алкоголя на ЦНС:

- 1) Фаза возбуждения, характеризуется эйфорией, ощущением бодрости и прилива сил, расторможенностью, снижением самокритичности. Во время этой фазы нарушается метаболизм нейронов Коры Головного Мозга(КГМ), снижается количество серотонина, усиливается выделение адреналина, норадреналина, дофамина, которые в эту стадию активно метаболизируются; активизируется эндогенная опиоидергическая система: происходит выделение энкефалинов, эндорфинов, благодаря изменяется мироощущение человека.



2) Фаза угнетения, эйфория сменяется дисфорией, причиной тому снижение метаболизма норадреналина и дофамина, повышенная концентрация которых вызывает угнетение ЦНС и депрессию.



- **Легкая степень** – концентрация алкоголя в крови 0,5-1,5 ‰. Состояние тепла, комфорта, мышечного расслабления, эйфории, самоуверенность, хвастливость, ложный оптимизм. Суждения неточные. Критика к своему состоянию снижается.
- **Средняя степень** – концентрация А. в крови 1,5-2.5‰. Эйфория, двигательное возбуждение затем раздражительность, подавленное настроение. Речь однообразна, стереотипна, артикуляция, координация движений и равновесие нарушены
- **Тяжелая степень** – Концентрация алкоголя в крови 2,5–3,0‰. Расстройство сознания по типу оглушения, речь не внятна, движения не координированы, непроизвольные мочеотделение, дефекация, полная амнезия периода опьянения.
- **При концентрации алкоголя свыше 5 ‰ наступает смерть.**



Диагностика степени алкогольного опьянения





Критерии



1. Запах алкоголя изо рта.
2. Неустойчивость позы.
3. Нарушение речи.
4. Выраженное дрожание пальцев рук.
5. Резкое изменение окраски кожных покровов лица.
6. Поведение, не соответствующее обстановке.
7. Наличие алкоголя в выдыхаемом воздухе, определяемое техническими средствами индикации, зарегистрированными и разрешенными для использования в медицинских целях и рекомендованными для проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения. (метод Мохова - Шинкоренко с хромовым ангидридом, проба Раппопорта с серной кислотой и перманганата калия)

Механизмы развития алкогольной зависимости



Механизмы развития алкогольной зависимости до настоящего времени полностью не расшифрованы. Ранее предполагалось, что формирование зависимости связано с изменением соотношений химических веществ в мозге. В снижении уровня серотонина и морфиноподобных веществ виделась основная причина возникновения абстинентного синдрома, который является пусковым стимулом для "самоstimуляции" спиртным.

Однако, в сопоставлении с клиническим опытом данная теория не полностью подтвердилась: Казалось бы с внедрением в практику фармакологических препаратов, нормализующих содержание в тканях мозга серотонина, дофамина, эндорфинов, энкефалинов и рецепторов к ним проблема лечения алкоголизма должна была бы быть решена, но как и прежде частота рецидивов заболевания остаётся высокой.

Как выяснилось недавно, кроме изменения химизма мозга, происходят перестройки его электрической активности и морфологии в образованиях, относящихся к лимбической системе. И именно совокупность химических, морфологических и электорофизических перестроек приводит к установлению стойкой алкогольной зависимости.

Смех
продлевает
...
сроки в
психушке!





Эффекты воздействия на репродуктивную систему

Алкоголь оказывает, несомненно, вредное влияние на яички и яичники. При этом одинаково вредно как частое опьянение, так и систематический приём значительных количеств алкоголя. Под влиянием злоупотребления алкоголем наблюдается жировое перерождение семенных канальцев и разрастание соединительной ткани в паренхиме яичек у лиц, страдающих алкоголизмом. Особой выраженностью токсического действия на железистую ткань яичка обладает пиво, которое намного легче других алкогольных напитков проникает через гематотестикулярный барьер, вызывая жировое перерождение железистого эпителия семенных канальцев.



Наряду с непосредственным токсическим действием алкоголя на яички, известное значение имеет развивающееся у страдающих алкогольной зависимостью нарушение функции печени и способности её разрушать эстроген. Известно, что при циррозе печени значительно повышается количество эстрогена как у мужчин, так и у женщин, что приводит к торможению гонадотропной функции гипофиза и последующей атрофией половых желёз.



Следует указать, что при злоупотреблении алкоголем раньше или позже, в зависимости от индивидуальных особенностей и выносливости организма, нарушается также и половая потенция, что связано со снижением условных и безусловных рефлексов, вследствие тормозного действия на подкорковые центры.





У женщин наблюдаются расстройства регулярности менструального цикла. Из - за токсического действия на надпочечники, алкоголь ингибирует выработку в них андрогенов, обуславливающих половое влечение, расплата за злоупотребление - снижение либидо, а в далеко зашедших случаях возможно развитие вторичной фригидности. При приёме спиртных напитков во время беременности обнаруживаются терратогенные свойства, возможно формирование у будущего ребёнка генетически детерминированной наследственной склонности к алкоголизму.

АЛКОГОЛЬНОЕ ОПЬЯНЕНИЕ

Физиологическое действие алкоголя – эйфоризирующее и транквилизирующее (успокаивающее, снимающее стресс).

Опьянение: легкое, средней тяжести, тяжелое.

Атипичные формы опьянения:

дисфорическое (сопровождается дисфориями),

параноидное (подозрительность, обидчивость, обвинения окружающих),

истероидное (театральное поведение, попытки привлечь внимание, демонстративные ссоры, "обиды", демонстративные суицидные попытки!)

Атипичные формы характерны для людей страдающих алкоголизмом, психопатиями, органическими заболеваниями головного мозга.

Патологическое опьянение – острый психоз, сумеречное помрачение сознания, отражает не интоксикацию алкоголем, а идиосинкразию к нему, часто сопровождается агрессивным поведением, с последующей амнезией произошедшего, возникает обычно один раз в жизни.

Лечение тяжёлого алкогольного опьянения

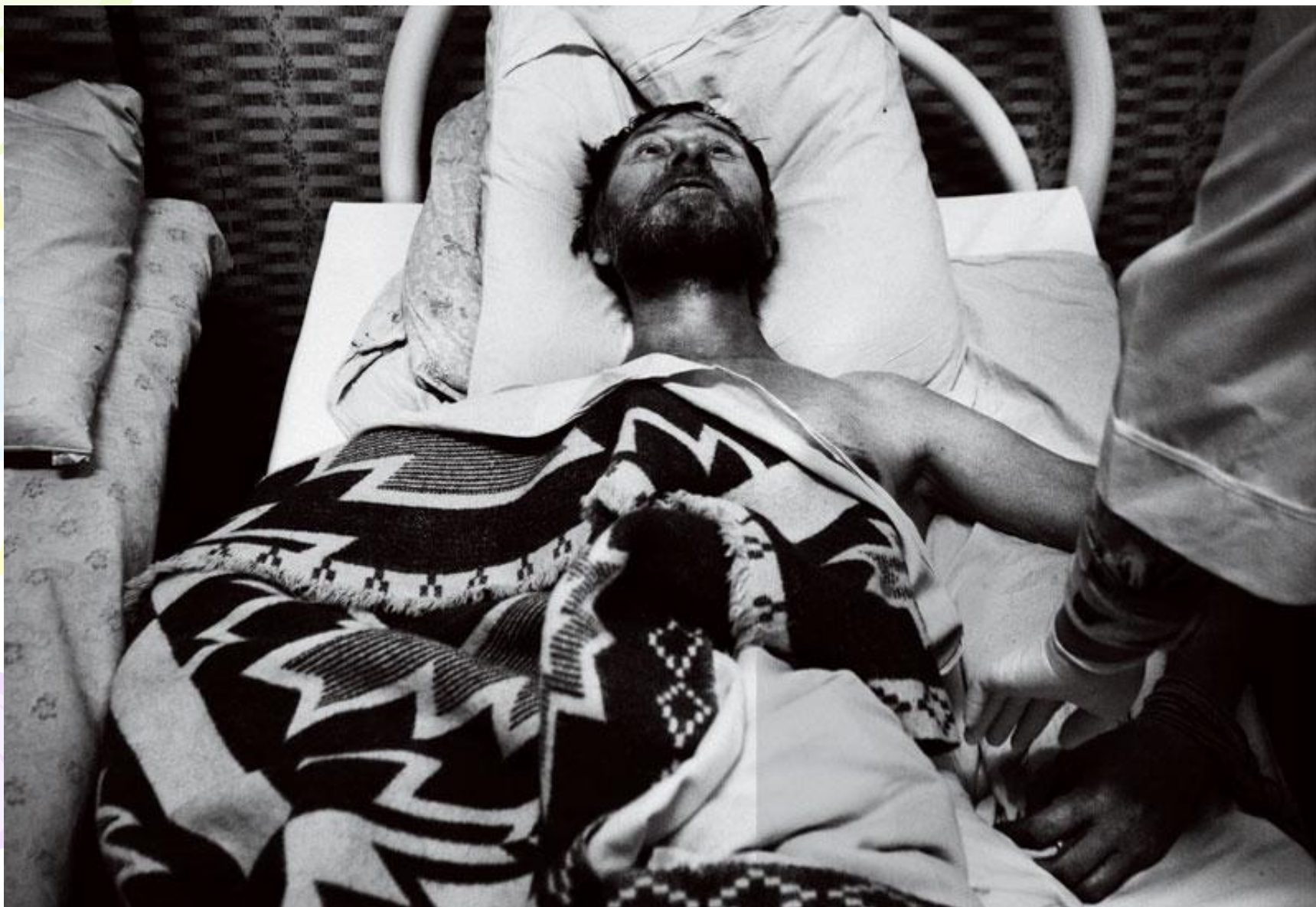
- Опьянение средней глубины проявляется шаткостью походки и дизартрией
- Тяжёлое алкогольное опьянение проявляется нарастающим выключением сознания – появляется лёгкое оглушение с мышечной гипотонией, которое быстро может перейти в глубокое оглушение, сопор и кому
- Неотложная помощь необходима при появлении признаков оглушения у опьяневшего
- Принципы помощи:
 - Удаление невсосавшегося алкоголя
- При сохранённом сознании – вызывание рвоты и промывание желудка
- При глубоком оглушении вызывание рвоты противопоказано – риск аспирации
- При утрате сознания промывание желудка зондом возможно после интубации
 - Обеспечение адекватного внешнего дыхания
- Смерть при опьянении чаще всего связана с нарушениями внешнего дыхания (западение языка, аспирация)
- На догоспитальном этапе требуется уложить опьяневшего с приподнятой верхней половиной туловища и повернутой на бок головой
- При западении языка – выдвигание и удержание нижней челюсти; при аспирации – удаление рвотных масс.
- На этапе стационарной помощи - Установка воздуховода или интубация (второе предпочтительнее)

Лечение тяжёлого алкогольное опьянение (продолжение)

- Ускорение метаболизма алкоголя и восстановления функций ЦНС ("вытрезвление") – внутривенное введение гипертонического раствора глюкозы 10% (получаем из 5% р-ра+40% р-ра в соотношении) с 8 ЕД инсулина короткого действия и тиамином (В1) – 4.0 мл, можно добавить пирацетам 20 мл в \в струйно «в резинку»
- Коррекция ацидоза и ощелачивания плазмы – гидрокарбонат натрия 200.0-400.0 мл в \в быстро капельно
- Особенности !!!:
 - Дыхательные analeптики (кордиамин, кофеин) применять не рекомендуется – низкая эффективность и высокий риск побочных эффектов (судороги, вторичное угнетение дыхательного центра). При невозможности выполнения пунктов 3) и 4) допустимо однократно подкожно ввести 2 мл кордиамина или кофеин-бензоата натрия (но только после обеспечения проходимости верхних дыхательных путей)
 - Алкогольная кома может маскировать ЧМТ и серьёзные соматические состояния и другие отравления – необходимо тщательное обследование больного (особенно если выход из комы затягивается)



Алкогольные психозы.





Алкогольные психозы



- Психические расстройства, обусловленные хронической алкогольной интоксикацией.
- Несколько типов алкогольных психозов:
- алкогольный делирий (белая горячка, delirium tremens),
- алкогольный галлюциноз,
- алкогольные бредовые психозы, (бред ревности, преследования)
- алкогольная эпилепсия.



Алкогольный делирий — один из наиболее часто встречаемых алкогольных психозов, развивающийся на фоне метаболических расстройств, вызванных хроническим алкоголизмом. Симптомы психоза развиваются спустя несколько часов или дней после прекращения потребления алкоголя. На начальных стадиях больной возбуждён, неадекватно реагирует на происходящее, тревожен, боязлив. В дальнейшем развиваются вегетативные нарушения такие как: колебания артериального давления, учащение сердцебиения, отёчность лица, желтушность склер. Психические нарушения представлены галлюцинациями чаще функциональными (мнимый предмет или явление воспринимается на фоне реально существующего, действующего на тот же анализатор (например, в шорохе листвы, журчании воды человек слышит человеческую речь)); с устрашающим алкогольным или сексуальным содержанием, бредом, агрессивностью. Длительность типичных случаев алкогольного делирия составляет 2-5 дней. Выздоровление наступает медленно и может сопровождаться остаточным бредом и депрессией. Однако в некоторых случаях алкогольный делирий приобретает более тяжёлое течение, при котором больные, впадая в кому, могут умереть.



АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ (БЕЛАЯ ГОРЯЧКА)



Внимание пациентов очень неустойчиво, часто его не удается сконцентрировать на чем-нибудь одном. Больные повышенно внушаемы. Так, если больному дать чистый лист бумаги и предложить читать, он увидит на этом листе буквы, строки и произнесет их вслух (симптом Рейхарта), заведет длинный разговор по выключенному телефону, если дать ему в руки трубку (симптом Ашаффенбурга).

По отношению к устрашающим галлюцинациям их поведение становится опасным

По мере углубления помрачения сознания возможен «профессиональный делирий» - больной совершает однообразные, привычные для него профессиональные движения. Прояснение сознания наступает после глубокого длительного сна.

Лечение алкогольного делирия.

- Барбитураты (можно использовать смесь Попова – 0,4 г фенобарбитала, растворенного в 40 мл. спирта с добавлением до 100 мл. воды)
- Нейролептики, лучше галоперидол 2мл. – 0,5% р-р в/м с димедролом или супрастином.
- Либо диазепам(0,5%р-р 2-4 мл.в/м) и натрия оксибутират 10мл- 20% р-р в/в.
- Дезинтоксикационная, дегидратационная и витаминотерапия.
- Кордиамин и камфору.

Алкогольный параноид.

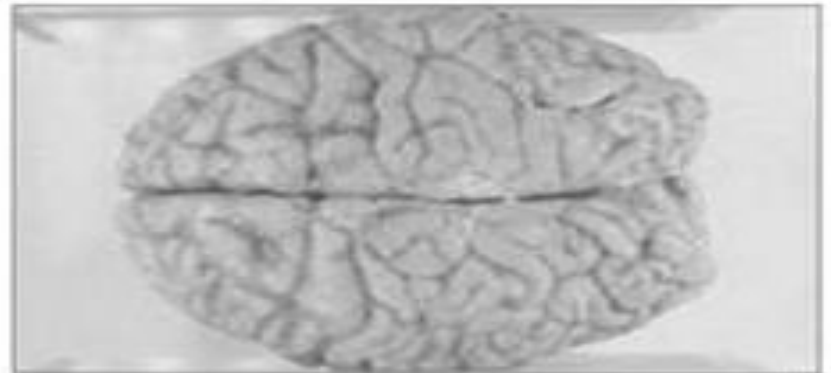
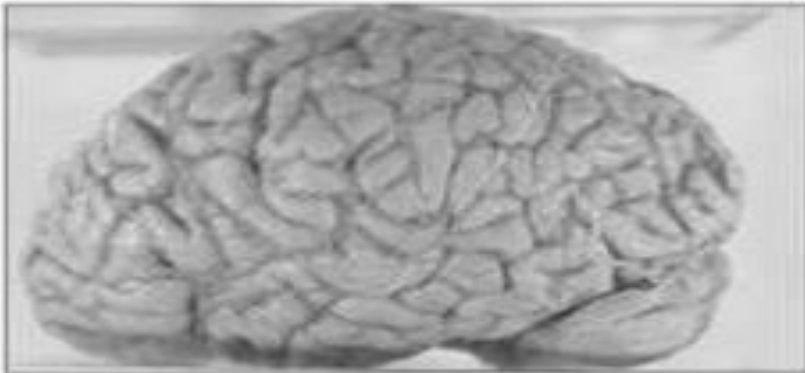
1). Бред преследования – расстройство сна и тревога, с убежденностью, что его убьют, зарежут, отравят и т. п.

в словах окружающих пациенты улавливают угрозы в свой адрес.

Бред преследования носит конкретный и ограниченный по фабуле характер. Длится от нескольких дней до недель.

1). Бред ревности(супружеской измены) – развивается чаще у мужчин после 35-40 лет. Бред постепенно систематизируется, становится все менее правдоподобным.

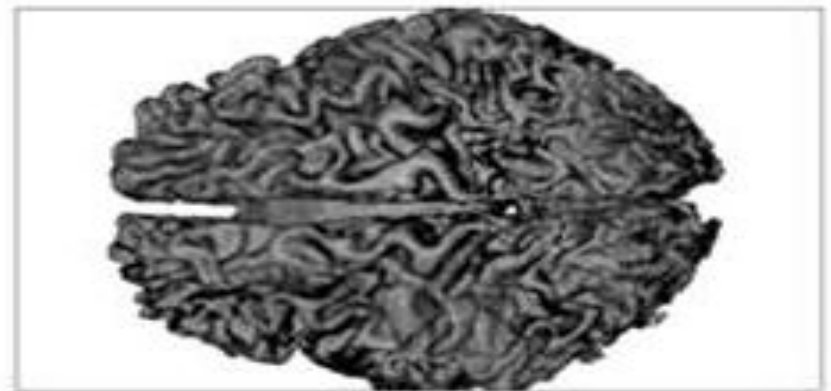
A. The brain of a normal elderly person



B. The brain of a person with Alzheimer's disease



C. The brain of a person with alcoholism



Корсаковский амнестический синдром.



- **Фиксационная амнезия (+) ретроградная амнезия событий с момента развития фиксационной амнезии).**
- **Амнестическая дезориентировка во времени и окружающем (из-за неспособности запомнить место пребывания и текущую дату).**
- **Конфабуляции и псевдореминисценции (заполнение пробелов памяти ложными воспоминаниями).**
- **Может быть обусловлен различными интоксикациями (в т.ч. алкогольной), инфекциями, черепно-мозговыми травмами.**

Психоорганический синдром

- **расстройство психики, вызванное органическим поражением головного мозга, которое сопровождается снижением интеллектуальных способностей, нарушением памяти и расстройствами аффекта.**



Причины возникновения



- возникает при сосудистых заболеваниях и атрофических процессах головного мозга
- при черепно – мозговых травмах,
- при сифилисе
- энцефалите
- вследствие хронических нарушений обмена веществ и различных интоксикаций (алкоголизм),
- при абсцессах и опухолях головного мозга

Психоорганический синдром



- характерен для хронических органических заболеваний головного мозга, в том числе — алкоголизм.

Представлен сочетанием нарушений трех сфер психической деятельности (триада Вальтер-Бюэля):

- = интеллекта
- = памяти
- = эмоции

Выраженность может быть различна: от псевдоневротических (имитирующих неврозы) и личностных нарушений (заострение, нивелировка свойств личности) до картины выраженной деменции.

Формы (стадии):

- - астенический
- - эксплозивный
- - эйфорический
- - апатический

Клиника психоорганического синдрома



- нарушение интеллекта:
снижении критики при оценке окружающих и при самооценке,
правильно оценивает хорошее и плохое, однако в отношении окружающих зачастую неправильно высказывается, совершает бестактные поступки, не осознавая этого,
ухудшается способность приобретать новые знания
качество и объем знаний полученных в прошлом, значительно снижается; ограничивается круг интересов

Мышление, речь в клинике ПОС.



- Ухудшается речь (упрощается структура фраз, уменьшается словарный запас), больной начинает все чаще использовать вспомогательные слова и словесные шаблоны; в разговоре становится неспособным выделить главное и легко отвлекается на второстепенные детали, зацикливаясь на них.
- Мышление становится односторонним, консервативным, что в совокупности с измененной оценкой окружающего приводит к нарушению способности больного охватывать ситуацию в целом. Ухудшается запоминание текущих событий, снижается способность сохранения воспринятого.

Расстройства аффекта в клинике ПСО



- проявляются беспечно — благодушным или пониженным настроением, нередко наблюдается их смена, что напрямую зависит от внешних обстоятельств, однако может быть и спонтанной.
- появляется слезливость, обидчивость; депрессивные высказывания, легко сменяемые беззаботным повышенным настроением; необоснованным оптимизмом и «умиленностью», которые сопровождаются соответствующей мимикой; повышено — дурашливым настроением

человек может быть как повышенно сговорчивым и внушаемым, так и чрезвычайно упрямым.

Психоорганический синдром

- может протекать постепенно (хроническая форма),
- остро (после перенесенной черепно – мозговой травмы, острой асфиксии, инсульта).
- Легкое течение: истощаемость, раздражительная слабость, незначительные ухудшения памяти и критики, небольшое сужение круга интересов.
- Тяжелое течение(алкоголизм) - распад памяти, отсутствие индивидуальных черт характера и эмоциональности, грубые нарушения интеллекта.



Психоорганический синдром.



Влияние дополнительных вредных воздействий (интоксикации различного происхождения, инфекционных и соматических заболеваний) у большинства больных с отчетливо выраженным психоорганическим синдромом возможно возникновение состояния помрачения сознания (в форме делирия или оглушения). После психических травм возможно возникновение реактивных депрессий

Лечение тяжёлого алкогольного опьянения

- Опьянение средней глубины проявляется шаткостью походки и дизартрией
- Тяжёлое алкогольное опьянение проявляется нарастающим выключением сознания – появляется лёгкое оглушение с мышечной гипотонией, которое быстро может перейти в глубокое оглушение, сопор и кому
- Неотложная помощь необходима при появлении признаков оглушения у опьяневшего
- Принципы помощи:
 - Удаление невсосавшегося алкоголя
- При сохранённом сознании – вызывание рвоты и промывание желудка
- При глубоком оглушении вызывание рвоты противопоказано – риск аспирации
- При утрате сознания промывание желудка зондом возможно после интубации
 - Обеспечение адекватного внешнего дыхания
- Смерть при опьянении чаще всего связана с нарушениями внешнего дыхания (западение языка, аспирация)
- На догоспитальном этапе требуется уложить опьяневшего с приподнятой верхней половиной туловища и повернутой на бок головой
- При западении языка – выдвигание и удержание нижней челюсти; при аспирации – удаление рвотных масс.
- На этапе стационарной помощи - Установка воздуховода или интубация (второе предпочтительнее)

Лечение тяжёлого алкогольное опьянение («продолжение»)

- Ускорение метаболизма алкоголя и восстановления функций ЦНС ("вытрезвление") – внутривенное введение гипертонического раствора глюкозы 10% (получаем из 5% р-ра+40% р-ра в соотношении) с 8 ЕД инсулина короткого действия и тиамин (В1) – 4.0 мл, можно добавить пирацетам 20 мл в\в струйно «в резинку»
- Коррекция ацидоза и ощелачивания плазмы – гидрокарбонат натрия 200.0-400.0 мл в\в быстро капельно
- Особенности !!!:
 - **Дыхательные аналептики (кордиамин, кофеин) применять не рекомендуется** – низкая эффективность и высокий риск побочных эффектов (судороги, вторичное угнетение дыхательного центра).
 - Допустимо однократно подкожно ввести 2 мл кордиамина или кофеин-бензоата натрия (но только после обеспечения проходимости верхних дыхательных путей)
 - **Алкогольная кома может маскировать ЧМТ и серьёзные соматические состояния и другие отравления – необходимо тщательное обследование больного (особенно если выход из комы затягивается)**

Симптомы Алкогольного абстинентного синдрома (ААС):

- а) соматические: тахикардия, артериальная гипертензия, гиперемия кожных покровов, гипергидроз, жажда, обострение сопутствующих заболеваний ЖКТ (хр. панкреатит, гастрит, холецистит, гепатит и т.д.)
- б) неврологические: тремор конечностей, головная боль, иногда судорожные припадки.
- в) психопатологические: астения, тревога, двигательное беспокойство / возбуждение, бессонница, кошмарные сновидения, интенсивное влечение к алкоголю (- главный диагностический критерий.)
- Длительность ААС - 5-7 суток (без лечения).



Лечение алкогольного абстинентного синдрома



- **1). Дезинтоксикационная терапия** – объем инфузии определяется состоянием больного и длительностью предшествующего запоя (обычно около 1 л физ-р-ра с электролитами в сутки в течение двух-трёх дней)
- **2). Применение витаминов – обязательно!!!** - введение В1 тиамина (патогенетическое лечение), витамина В6, С.
- **3) При тревоге, расстройствах сна: бензодиазепиновые транквилизаторы** (например: S.Phеназерамі 2.0-3.0 на ночь в\м в течение двух-трёх дней);
 - или седации можно применять ноотроп с транквилизирующим эффектом ФЕНИБУТ (1 т утром и днем, 2-3 т на ночь) или малый нейрорептик ТИАПРИД (100-200 мг внутрь или в\м)
- **4) Применение ноотропов** (пиррацетам и др.)
- **5) При высоком артериальном давлении, тахикардии – применение в-блокаторов – пропранолол (анаприлин) – 20-40 мг 2-3 раза в день с учётом противопоказаний; возможно дополнительное применение сульфата магния 25% (магнезии) -5.0 в\м 1-2 раза в день;**
- **6) Лечение сопутствующей патологии**

Лечение алкогольного делирия

- Тактика ведения в соматическом стационаре:

- При отсутствии серьёзной сопутствующей соматической патологии больной после осмотра психиатром бригадой СПП переводится для лечения в психиатрический стационар
- При наличии серьёзной сопутствующей соматической патологии – лечение в условиях реанимационного отделения обычной больницы



- Принципы лечения:

- 1) Дезинтоксикационная терапия - применяются кристаллоидные растворы – в первую очередь – физиологический раствор, объем инфузии определяется по состоянию пациента.
- 2) Витамины: обязательно введение В1 тиамина (патогенетическое лечение!), витамина В6, С.
- 3) Для купирования психомоторного возбуждения, расстройств сна: бензодиазепиновые транквилизаторов в \м
- 4) Применение ноотропов, антигипоксантов и нейропротекторов





Лечение алкоголизма.



В лечении алкоголизма выделяют несколько ключевых моментов:

- **Медикаментозное лечение** — применяется для подавления алкогольной зависимости и устранения нарушений вызванных хронической алкогольной интоксикацией. По сути, при медикаментозном лечении все методы основаны на *фиксировании чувства страха умереть у больного из-за несочетаемости введенного препарата и алкоголя, в результате чего в организме образуются вещества, приводящие к тяжелым нарушениям здоровья вплоть до летального исхода.* Такая методика лечения называется аверсивная терапия.
- **Методы психологического воздействия на больного** — помогают закрепить отрицательное отношение больного к алкоголю и предотвратить рецидивы болезни. Здесь при положительном исходе у человека формируется мировоззренческая установка, что он может жить и справляться с возникающими проблемами и трудностями без «помощи» алкоголя, другими методами и способами.
- **Меры по социальной реабилитации больного** — призваны восстановить больного алкоголизмом как личность и реинтегрировать его в структуру общества.
- **Комплексные методы** — совмещают в себе несколько методик. Это может быть медикаментозная и психотерапия, или психологическое воздействие и социальная реабилитация. Одним из таких методов "Испанский"- включает в себя психотерапию, медикаментозную терапию и работу с людьми, которые окружают алкоголика.



Лечение зависимости от алкоголя

Этапы:

1. Купирование абстиненции
2. Становление ремиссии
(биологическая терапия + психотерапия)
3. Поддержание ремиссии (пожизненно, прежде всего психотерапия и группы само- и взаимопомощи)



Алкоголизм НЕИЗЛЕЧИМ!!!

Т.е., если у больного сформированы симптомы зависимости и он, по каким-то причинам (лечение, сознательный выбор, тюремное заключение) не употребляет ПАВ какое-то время, то в случае, если он начнет употреблять вновь, все симптомы зависимости проявятся на прежнем уровне. Часто для этого достаточно «одной рюмки»!

НО: Можно добиться формирования стойкой и длительной ремиссии (т.е. алкоголик не пьет).

**Мечтаешь о счастливой жизни
подумай о детях= ДУРА!**





Вывод

Проблема алкоголизма для нашей страны сверхактуальна. Этиология и механизмы болезни требуют дополнительного изучения. Как известно, болезнь легче предупредить, чем лечить, поэтому кроме лечения болезни, которое на сегодняшний день не эффективно /до 80% рецидивов/, требуется искоренять причины этой проблемы. Относительно простым выходом из данной ситуации было бы стать радикальное повышение цен на спиртные напитки, которое снизило бы их доступность. А некоторым врачам, говоря об алкоголизме, хотелось посоветовать:

«**всё хорошо - если в меру !**»

АЛКОГОЛЬ
ЕЖЕГОДНО
УБИВАЕТ
700 000
РОССИЯН



ПЬЯНСТВУ

НЕТ!



Спасибо за внимание

