

Алкоголизм, алкогольные психозы

Профессор О.Ю. Ширяев
Лек. №12

Хронический алкоголизм

- хроническое заболевание, нередко имеющее тенденцию к прогрессивности, проявляющееся в виде патологического пристрастия к этиловому спирту и его производным, сопровождающееся соматическими и неврологическими проявлениями, ведущее к изменениям личности, социальной дезадаптации и снижающее благосостояние всего общества в целом.

Заболеваемость подростков алкоголизмом и наркоманиями (показатель на 100 тыс. подросткового населения)*

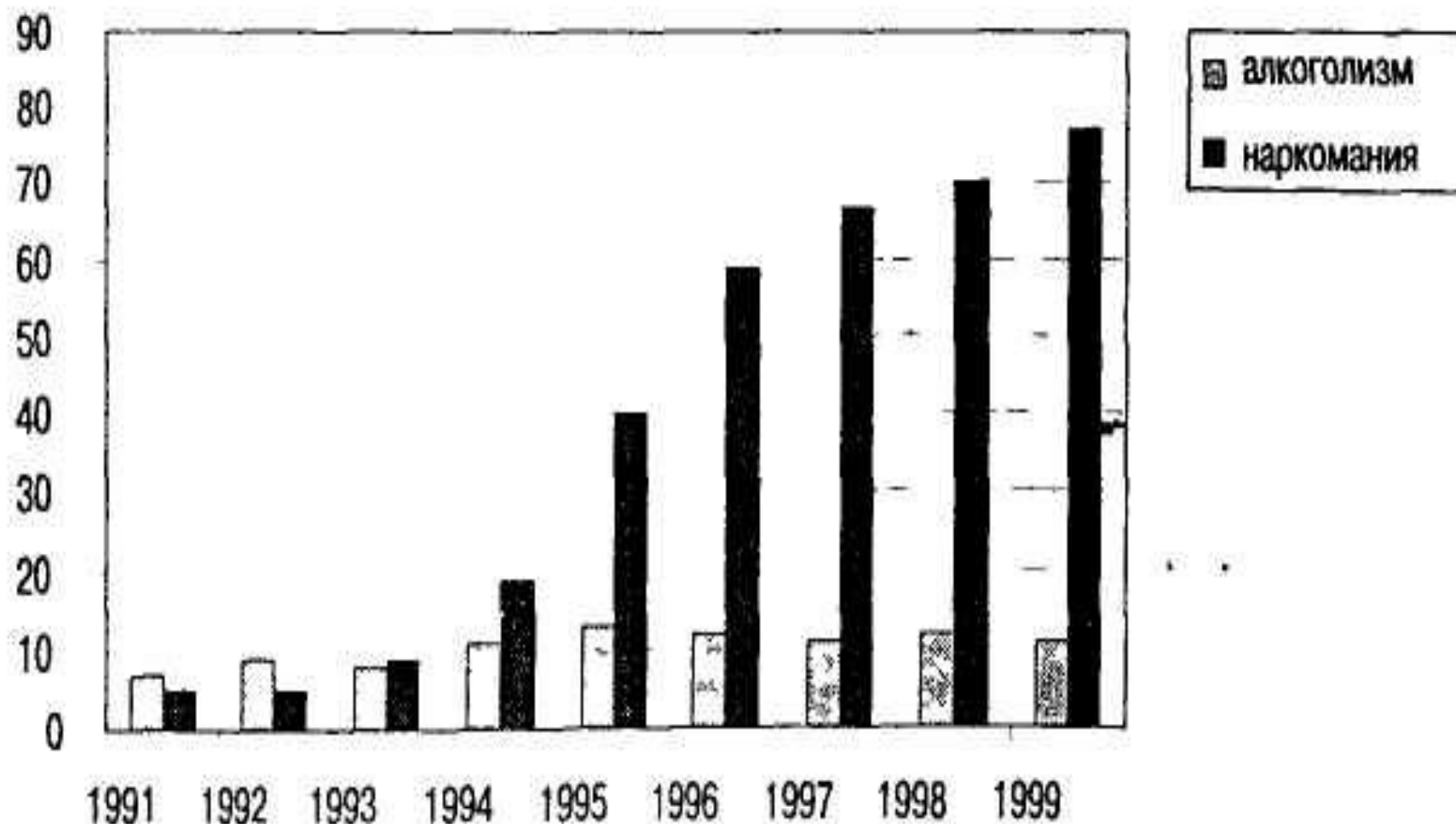
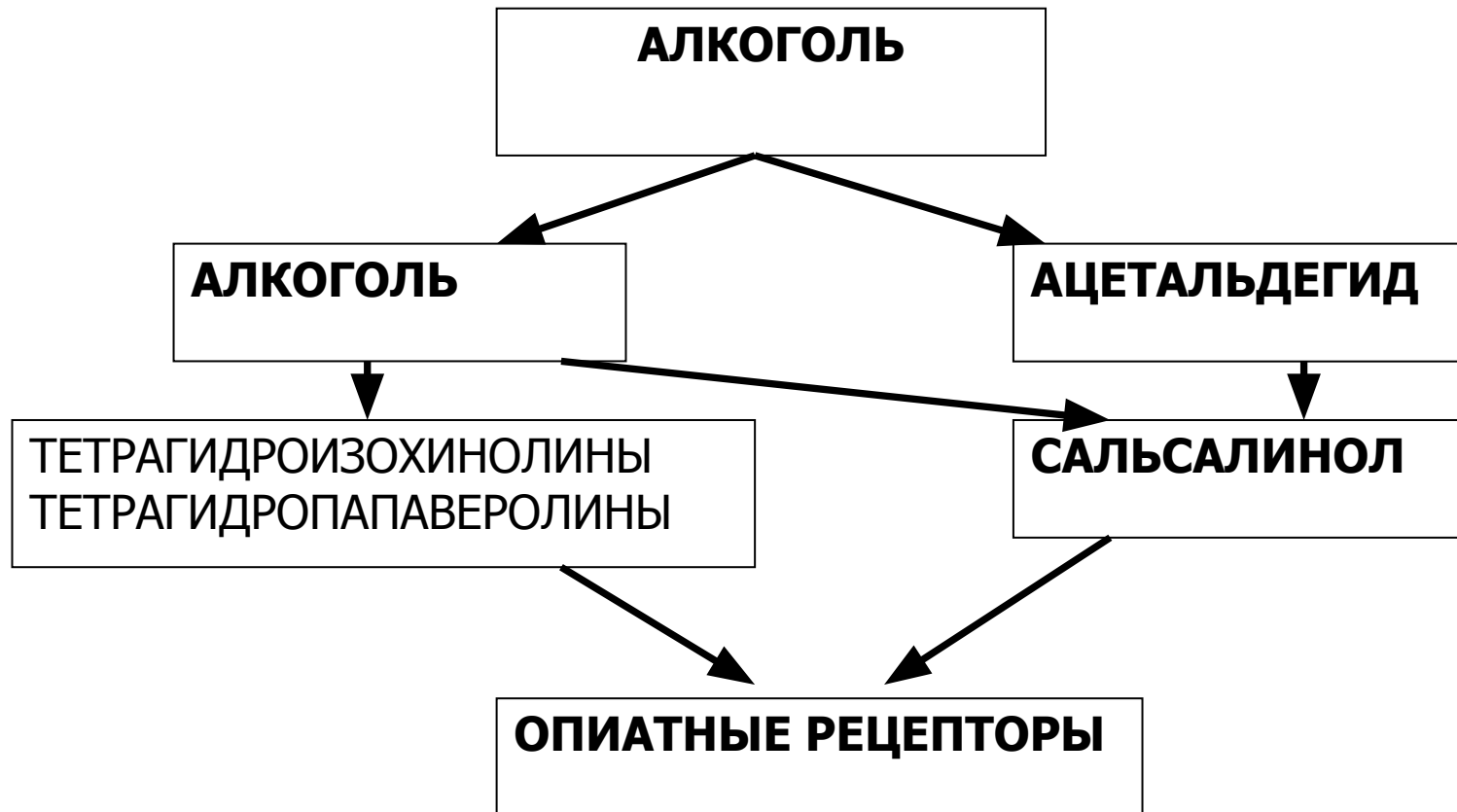


Схема образования эндогенных опиатоподобных веществ в результате употребления алкоголя



Проявления алкогольного абстинентного синдрома (ААС)

- ААС с вегетативно-астеническими расстройствами
- ААС с вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами
- ААС с психическими расстройствами
- Развернутый абстинентный синдром
- ААС с судорожным компонентом.
- ААС с обратимыми психоорганическими расстройствами

Стадии развития влечения к алкоголю

- первичное влечение (*психическая зависимость*) — не связанное с опьянением, абстинентным синдромом;
- влечение в опьянении — «*утрата контроля*»;
- влечение в состоянии абстиненции — «*стремление к опохмелению*».

Первичное влечение к алкоголю

- 1. Симптом ситуационно обусловленного первичного патологического влечения к алкоголю («психическая зависимость»).
- 2. Симптом спонтанно возникающего первичного патологического влечения к алкоголю с «борьбой мотивов» («психическая зависимость» с навязчивым компонентом).
- 3. Симптом спонтанно возникающего первичного патологического влечения к алкоголю без борьбы мотивов.
- 4. Симптом первичного патологического влечения к алкоголю с характером неодолимости («психическая зависимость» с характером компульсивности).
- 5. Симптом первичного патологического влечения к алкоголю, возникающий на фоне «пограничных» состояний.

Патологическое влечение к алкоголю в опьянении — снижение и утрата «количественного контроля»

- 1. Симптом патологического влечения в опьянении со снижением «количественного контроля».
- 2. Симптом патологического влечения к алкоголю в опьянении с «утратой количественного контроля» (симптом «критической дозы»).
- 3. Симптом патологического влечения в опьянении с утратой «ситуационного контроля».

Стадии клинических проявлений алкоголизма:

- I — стадия психической зависимости (начальная, невротоподобная)
- II — стадия физической зависимости (развернутая, наркоманическая)
- III — стадия алкогольной деградации (конечная, энцефалопатическая).

Для I стадии характерны следующие проявления:

- Симптомы первого уровня —
 - первичное патологическое влечение к алкоголю (обсессивное) ;
 - утрата количественного контроля;
 - рост толератности;
 - алкогольные амнезии (палимпесты).
- Симптомы второго уровня —
 - исчезновение защитного рвотного рефлекса;
 - учащение приемов алкоголя (до 2-3 раз в неделю и чаще).

Для II стадии характерны:

- Симптомы первого уровня —
 - алкогольный абстинентный синдром;
 - псевдозапой, истинные запои или постоянное злоупотребление алкоголем;
 - заострение преморбидных личностных особенностей.
- Симптомы второго уровня —
 - вторичное (компульсивное) влечение к алкоголю как проявление физической зависимости от алкоголя;
 - изменение картины алкогольного опьянения;
 - максимальная толерантность;
 - развитие металкогольных психозов;
 - соматические осложнения;
 - нарушения в сексуальной сфере;
 - начало социальной дезадаптации.

Для III стадии характерны:

- Симптомы первого уровня —
 - снижение толерантности;
 - истинные запои или постоянное злоупотребление алкоголем;
 - алкогольная деградация личности.
- Симптомы второго уровня —
 - наличие «псевдоабстиненции» — признаков абстиненции во время длительного воздержания от алкоголя;
 - утяжеление соматических осложнений;
 - развитие тяжелых психозов;
 - полная социальная дезадаптация.

Алкогольное заострение личности

1. Астенический тип

Характеризуется преобладанием возбудимости над истощаемостью. Раздражение легко сменяется гневом, грубостью, но так же легко наступает успокоение.

2. Эксплюзивный тип

Легко возникающие аффекты обиды, раздражения при усилении сменяются злобой, гневом, агрессией, направленной прежде всего против близкого окружения. Аффективное напряжение проявляется в форме «вспышек», в повседневной жизни отличаются прямолинейностью, ригидностью.

3. Синтонный тип

Преобладает несколько повышенный фон настроения с довольством, говорливостью, излишней откровенностью, общительностью. Эпизодические вспышки раздражения не влияют на их взаимоотношения с окружающими.

Алкогольное заострение личности

4. Дистимический тип

В одном случае характерна эмоциональная лабильность под влиянием незначительных внешних факторов, повышение настроения сопровождается «взбудораженностью», в другом случае характерна молчаливость, отсутствие чувства юмора, склонность к отгороженности, угрюмости.

5. Истерический тип

В поведении и высказываниях преобладает утрированность со стремлением «казаться больше, чем есть» (театральность, позерство, бахвальство и пр.). Как правило, завышенная самооценка с унижением окружающих. Нередко повышенное самомнение принимает формы ханжеского самоуничижения, характерна склонность к преувеличениям, лживости.

6. Шизоидный тип

Преобладает замкнутость, вплоть до самоизоляции. Характерно аутическое фантазирование, настроение чаще пониженно-угрюмое.

Алкогольная деградация

1. Алкогольная деградация с психопатоподобными симптомами

Грубый цинизм, безудержность с агрессией, бестактность, назойливая откровенность, трусость и подобострастность при возможном отпоре. Нередко лживость, бахвальство, хвастливость.

2. Алкогольная деградация с повышенной эйфорией

Преобладает беспечность, благодушие с резким снижением критики. Не имеет секретов, откровенно говорит об интимных сторонах жизни, характерен «алкогольный юмор».

3. Алкогольная деградация с аспонтанностью

Преобладает вялость, пассивность, снижение побуждений, утрата интересов и инициативы (даже в кругу собутыльников). Подобие активности появляется при необходимости достать выпивку. Эта группа наиболее склонна к паразитическому образу жизни.

Лечение острой алкогольной интоксикации при тяжелом опьянении

- Фенамин (0,01-0,02 г на 100 мл воды в клизме)
- Промывание желудка через зонд небольшими порциями (по 300-500 мл) воды комнатной температуры (всего 12-15 литров) с добавлением бикарбоната натрия или слабым раствором перманганата калия.
- За 10-15 минут до процедуры целесообразно дать больному 2-3 столовые ложки измельченного активированного угля (для уменьшения всасывания алкоголя).
- После промывания желудка в качестве слабительного дают до 30 г сульфата магния (сульфат магния или вазелиновое масло можно ввести через зонд).
- Возможно п/к введение 0,2-0,4 мл 1% р-ра апоморфина — для вызывания рвоты.

Лечение острой алкогольной интоксикации при сопоре

- в/в вводят смесь: 15 мл 0,5% р-ра бемегрида
- 1 мл 1,5% р-ра этимизола
- 2 мл 25% кордиамина
- 2 мл 20% р-ра кофеина
- 2 мл 10% р-ра коразола
- 13 мл 40% р-ра глюкозы или изотонического р-ра хлорида натрия

Лечение острой алкогольной интоксикации при коме

- смесь включает 20 мл 0,5% р-ра бемегрида
- 1 мл 15% р-ра дипироксима
- 2 мл 1,5% р-ра этимизола
- 2 мл 25% кордиамина
- 2 мл 20% р-ра кофеина
- 2 мл 10% р-ра коразола
- 10 мл 40% р-ра глюкозы или изотонического р-ра хлорида натрия

Медикаментозная терапия алкоголизма: общие положения

1. Непрерывность и длительность терапии.
2. Максимальная индивидуализация лечения.
3. Комплексность лечения.
4. Установка больных на полное воздержание от алкоголя.
5. Этапность и преемственность лечебных мероприятий.

Лечение алкоголизма включает 3 этапа:

- *Первый этап:* прерывание злоупотребления алкоголем, при необходимости купирование ААС, полное клиническое обследование больного, установка психотерапевтического контакта (длительность этапа 8-14 дней)
- *Второй этап:* антиалкогольное лечение с целью выработки отвращения к спиртному и стойкого подавления патологического влечения к алкоголю (длительность 1-1,5 мес.)
- *Третий этап:* поддерживающее амбулаторное лечение, реабилитационные мероприятия.

Начальный этап — медикаментозное лечение алкоголизма

- А. Купирование абстиненции
- Б. Препараты, вызывающие гипертермию
- В. Апоморфин
- Г. Психотропные средства

Второй этап — антиалкогольное лечение с выработкой отвращения к спиртным напиткам и стойким подавлением влечения к алкоголю

- А. УРТ — условно-рефлекторная терапия
- Б. Сенсibiliзирующие средства
 - а. Тетурам
 - б. Применение депонируемых форм тетурама
 - в. Метронидазол (трихопол)
- В. Психотропные средства

Немедикаментозные методы лечения алкоголизма

- **Суггестивные методы лечения**
 - индивидуальная гипносуггестивная терапия;
 - коллективная (групповая) гипносуггестивная терапия;
 - групповая суггестивная терапии методом внушения наяву;
 - опосредованная психотерапия (плацебо-эффект);
 - самовнушение (аутогенная тренировка—АТ).
- **Физиотерапевтические методы**
- **Гемосорбция и энтеросорбция**
- **Иглорефлексотерапия алкоголизма.**

Психотические состояния, возникающие во II-III стадии алкоголизма

- алкогольные делирии;
- алкогольные галлюцинозы;
- алкогольные бредовые психозы;
- алкогольные энцефалопатии;
- алкогольную депрессию;
- дипсоманию.

Алкогольные делирии

1. Алкогольный делирий (белая горячка)
2. Делирий гипнагогический
3. Делирий абортивный
4. Профессиональный делирий

Алкогольные галлюцинозы

- Острый алкогольный галлюциноз
- Подострый затяжной алкогольный галлюциноз
- Хронические алкогольные галлюцинозы
 - хронический алкогольный галлюциноз, истощающийся
 - сенсорными расстройствами («чистый галлюциноз»);
 - хронический алкогольный галлюциноз с бредом;
 - хронический алкогольный галлюциноз с психическими автоматизмами и парафренным бредом.

Алкогольные бредовые психозы

- *Острый алкогольный параноид (алкогольный бред преследования)*. Развивается в период похмелья, реже — запоя, чему предшествует короткий продром-бредовая настроенность, вербальные иллюзии и тревога. Чаще — внезапное начало — появляется непоколебимое убеждение, что они «станут жертвой», любой входящий — «враг», «член банды». Больные напряжены, тревожны, поступки часто импульсивны — стараются скрыться — нередко прыгают на ходу с транспорта, убегают полуодетыми, могут нанести себе увечья — предпочитая «легкую смерть».
- *Алкогольный бред ревности*. Возникает у лиц с паранойяльным складом характера в зрелом возрасте. Вначале идеи супружеской неверности возникают эпизодически в похмелье, опьянении. В дальнейшем ревнивые подозрения сопровождаются «допросами и истязаниями» жен с требованием признаний и обещаниями «все простить». В дальнейшем возникает стойкая убежденность в изменах жен, существующая вне алкогольных эксцессов.

Алкогольные энцефалопатии

- Острая алкогольная энцефалопатия (Гайе-Вернике)
- Хронические алкогольные энцефалопатии
 - Корсаковский психоз (алкогольный паралич, полиневритический психоз).

Схема лечения абстинентных психозов

(Стрелец Н.В., Уткин СИ., 1998; Иванец Н.И. и др., 2000)

1. Массивная инфузионная терапия (до 4-6 л/сут в течение 3-4 суток) и форсированный диурез.
2. Ноотропные препараты в высоких дозах (пирацетам до 6 г/сут в течение 5-7 суток).
3. Экстракорпоральные методы детоксикации (гемосорбция, плазмаферез).
4. Транквилизаторы бензодиазепинового ряда (реланиум до 60 мг/сут) барбитураты (тиопентал натрия до 500 мг однократно внутримышечно) и оксибутират натрия (150 мг на кг веса больного каждые 3-4 часа) для купирования психомоторного возбуждения и инсомнических расстройств.
5. Симптоматическая терапия гепатопротекторы (гептрал 800 мг/сут, эссенциале 5,0 в/в, тиоктацид 600 мг/сут), аналептики и психостимуляторы (кордиамин 25% - 10 мл в/в, п/к, сульфокамфокаин 10% - 2,0 мл в/м, в/в, кофеин-бензоат натрия 20% - 1,0 мл в/в, п/к. в/м), дегидратационная и спазмолитическая терапия (магния сульфат 25% - 5-10 мл в/в, эуфиллин 2,4% - 5-10 мл в/в, но-шпа 2% - 2-4 мл в/м, трентал 2% - 5-10 мл в\в, фуросемид 1% - 1-4 мл), сердечные гликозиды, противовоспалительные средства, симпатомиметики, антибактериальная терапия (проводится по показаниям)

Диагностика алкогольного опьянения основывается на изучении

- поведения, внешнего вида исследуемого;
- наблюдения за физиологическими функциями организма;
- состояния внимания и мышления;
- координационных проб;
- неврологического исследования;
- лабораторных показателей;
- явлений возможного абстинентного синдрома.