

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.
Д.АСФЕНДИЯРОВА

СӨЖ

Тақырыбы: Психические и поведенческие
расстройства в результате употребления
психоактивных веществ

Тексерген: Муратбаева А.Б.

Орындаған: Тусупова А.А.

Курс: 5курс

Топ: 39-1к



- В МКХ-10 выделена отдельная рубрика “Психические и поведенческие расстройства в результате употребления психоактивных веществ”
- В отечественной литературе в эту группу патологии традиционно включают острую и хроническую интоксикацию алкоголем, наркотиками и токсикоманическими веществами.
- Все эти вещества владеют психотропным действием и способны вызывать явления острого и хронического отравления в зависимости от принятой дозы и длительности употребления.
- Разрушительное влияние этих веществ на психику и сомато-неврологическое состояние организма в принципе одинаковое - прежде всего все они являются психотропными ядами.
- Разделение на токсикоманические средства и наркотики обусловлен юридической квалификацией операций с этими веществами. Незаконное изготовление сырья для наркотиков, их хранения, транспортировки и распространения преследуется уголовным Кодексом Украины.
- Аналогичные действия по токсикоманическим веществам не запрещены. Среди токсикоманических веществ в нашей стране, как и в большинстве стран, заселенных белой расой, наиболее распространенными являются алкогольные напитки (в Украине - водка, самогон, коньяки типа “бренди”, вина, пиво).

Психоактивные вещества - химические соединения, которые способны
вызывать
при однократном приеме эйфорию или другие
желаемые с точки зрения потребителя
психотропные эффекты
а при систематическом употреблении - психическую и физическую
зависимость.

Психоактивные вещества (ПАВ)

Токсикомании:

алкоголизм (этилизм)

лекамания

табакокурение

кофеиномания и тому подобное

Наркомании

Токсикоманические вещества удовлетворяют два критерия
- медицинский и социальный
а наркотические три - еще и юридический.

- 1) медицинский критерий - средство должно обнаруживать специфическое (стимулирующее, успокоительное, галлюциногенное и другие) действия на ЦНС, что является причиной его немедицинского употребления;
- 2) социальный критерий - немедицинское употребление его приобретает социальную значимость;
- 3) юридический критерий - средство в установленном порядке признано наркотическим и внесено МОЗ Украины в список наркотических веществ.

Законодательством предусматривается
криминальная ответственность за производство
сохранение и распространение наркотических веществ.

Синдром измененной реактивности:
исчезновение защитных механизмов
- изменение формы употребления ПАВ
изменение толерантности

Толерантность - это биологическая или поведенческая защитная реакция на повторное введение одного и того же количества наркотика.

Психическая зависимость - это осознанная или неосознанная потребность в употреблении психоактивного вещества для снятия психического напряжения и достижения психического комфорта.

Физическая зависимость - состояние при котором в ответ на отмену ПАВ развивается абстинентный синдром.

Абстинентный синдром (синдром отмены) - физические, психические вегетативные нарушения которые развиваются после резкого прекращения употребления наркотика или фармакологической блокировки его действия.

Классификация наркотических веществ:

Пятницкая и.Н. Наркомании. - Москва: Медицина, 1994.

Седативные (опиаты, барбитураты, транквилизаторы, кодеин)

Стимулирующие препараты (эфедрин, амфетамин (фенамин), кокаин)

Психоделические, то есть те

какие изменяют сознание (ЛСД, препараты конопли, фенциклидин)

псилоцибины - грибы

ЛНДР - летучие наркотически действующие вещества

(растворители - бензин, ацетон, краски...)

В Украине зарегистрировано больше 70 тыс. наркоманов

Помощь: - промывание
желудка
0,5 % бемегрид 10,0 в/в
кордиамин, кофеин
нашатырный спирт
реанимация.

Психические и поведенческие расстройства в результате
употребления алкоголя

“Вино веселящее

вино грустно

вино плохо.”

Простое алкогольное опьянение:

легкая степень: эйфория, общее возбуждение, говорливость,
переоценка собственных возможностей, гиперемия лица, тахикардия.

Концентрация алкоголя в крови 0,5 - 1,5 ‰ ;

средняя степень: раздражительность, импульсивные поступки,
дизартрия, нарушение координации движений, тахикардия,
повышение артер. давления.

Концентрация алкоголя в крови от 1,5 до 3-4 ‰ ;

тяжелая степень: отключение сознания (оглушение, сопор, кома).

Концентрация алкоголя в крови 4-6 ‰.

Больше 6-7 ‰ - смертельная

доза.

Варианты простого атипического алкогольного

опьянения:

депрессивный

маниакальный

ажитированный

параноидный

эпилептиформный

дисфорический

истерический

эксплозивный

Диагностика алкогольного опьянения

В первую очередь клинические критерии.

Дополнительные:

Реакция Рапопорта: в 2 пробирки по 2 мл дистиллированной воды
+ 20 капель концентрированной серной кислоты
+ 1-2 капли 0,5 % р-ну КМnO₄ (марганцовки).

В 1 пробирку 25 секунд выдыхать воздух.

2-ая - контроль. Обесцвечение в 1 пробирке - есть алкоголь!

Мохова-Шинкаренко - изменение цвета хромового ангидрида.

Для количественного определения алкоголя в крови
моче и выдыхаемом воздухе, желудочном содержании используют
- газохроматографический спектрографический методы.

Аппарат ППС-1 - определение алкоголя

в выдыхаемом воздухе, а через таблицы пересчета и в крови.

Согласно данным Королевского медицинского колледжа

“безопасные” дозы алкоголя:

не > 21 единицы в неделю для мужчин (400 граммов)

не > 14 единиц в неделю для женщин (280 граммов)

(1 од. = 8 гр. алкоголя = 20 гр. водка)

21-49 (14-35 од.) - угрожающий уровень

> - опасный уровень.

Эпидемиология

Англия, Франция - 20 граммов. чистого алкоголя на человека старше 15 лет
(недостоверный)

Украина - неизвестно.

Мужчины - женщины 5:1 (4:1)

Возраст - 17-25 лет (“омолаживается”)

Вид деятельности - грузчики, бармены, торговля,
рабочие алкогольных заводов, врачи

Выявление алкоголиков:

Чувствовали Вы когда-либо, что нужно уменьшить количество употребления алкоголя?

Критикуют ли Вас окружающие за пьянство?

Чувствовали ли Вы вину в связи с употреблением алкоголя?

Похмелялись ли утром?

2 и > позитивные ответы - алкоголизм.

Структура употребления алкоголя населением стран Европы

10 % население не употребляет алкоголь вообще

40 % население употребляет 5 % спиртных напитков

(контингент с эпизодическим приемом алкоголя)

40 % - 45 % этанола (бытовые пропойцы)

10 % - 50 % алкоголю (пропойцы с высокой толерантностью

но больные

на алкоголизм соотношения от 2:1 до 3:1).

Таким образом, приблизительно 4 % населения Европы

страдает на алкоголизм.

Украина имеет приблизительно 50 млн. населения.

Значит в Украине около 2 млн. больных алкоголизмом.

Медицинский и социальный вред от злоупотребления алкоголем

Качаев а.К. (1971)

Заболевание ССС - 24,9 %

ЖКТ - 24,9 % Органов дыхания 5,3 %

Н.Г.Гапонова - травмы - 1/3 при алкогольном опьянении

17 - 22,4 % суицидов - это судьба алкоголизма (каждый 4-й алкоголик имел суицидальную попытку, 3-8 % - завершённые).

До 30 % ДТП связаны с опьянением

Франция - 70 -ые годы - среди пациентов больниц общего профиля 39 % мужчин и 13 % женщин - больные алкоголизмом.

На их лечение тратят 41,8 % бюджетных средств больниц.

От одного больного алкоголизмом страдают 7-8 окружающих.

Стигмы алкоголизма

Важное значение в диагностике алкоголизма умение распознать характерные стигмы хронической алкогольной интоксикации при осмотре и общепринятом обследовании больного:

неряшливый вид, обрюзшее лицо, отечность и тремор век, пальцев рук, языка “мешки” под глазами, расширение сосудов носа и щек, гиперпигментация кожи открытых частей тела, склонность к транзиторному повышению артериального давления, тахикардия стойкий красный дермографизм, атрофия мышц стопы. В результате ослабление тонуса мышц лица утрудняется улыбка. Снижается корнеальный, конъюнктивный и надбровный рефлексы, нарушается вибрационная чувствительность в участке лица появляется сухость, шелушение и гипергидроз кожи чела и щек.

Достаточно часто оказывается гипергидроз дистальных отделов конечностей (феномен росы)

-

мелкие блестящие капли пота на коже ладоней и пальцев. Особенное диагностическое значение имеет наличие у больного перечисленных признаков в сочетании с обнаруженной в анамнезе социально профессиональной деградацией.

Этиология алкоголизма

Психологические причины:

индивидуальная (психологическая склонность к алкогольной страсти:

Самолечение (в качестве обезболивания);

Как проявление психической болезни.

Социальные причины: (окружающие обстоятельства, социальное давление усиливает страсть к алкоголю);

Неполная занятость - (бедность, семейная дисгармония);

Стрессовые ситуации;

Дети подражают взрослым;

Дети начинают употребление алкоголя под воздействием однолеток;

Биологические причины: (генетическая разница склонности к развитию алкогольной зависимости);

Диспропорционально высокое развитие алкоголизма у мужчин по сравнению с женщинами (5:1);

Повышен риск развития алкоголизма у сыновей, братьев мужчин-алкоголиков;

Данные с усыновлением Близнецов указывают на повышенный риск алкоголизма (в 4 раза), если алкоголизмом страдают биологические родственники.

Стадии развития алкоголизма

II ст. (астеническая)

длительность 4-6 лет

непреодолимое влечение

изменение формы употребления алкоголя особенности соматоневрологического статуса.

опьянение (синдром опережения, отказ от закуски

потеря количественного контроля)

повышение толерантности к алкоголю

II ст. (наркоманическая)

длительность 2-3 - 15-20 лет

потеря ситуационного и качественного контроля

физическая зависимость

плато толерантности

абстинентный синдром

похмелье (аверсия - непереносимость)

психопатизация

особенности соматоневрологического статуса

III ст. (энцефалопатическая)

через 10-20 лет, то есть в 40-45 лет
снижение толерантности - часто аверсия после запоев
деградация (морально-этическая)
компульсивное влечение

Изменения личности при алкоголизме

I ст. - повышенная возбудимость (астения с ирритативным компонентом)
депрессивные расстройства

II ст. - усиление аффективного резонанса и его лабильность
склонность к полярным аффектам
эмоциональное сопереживание (легкая откликаемость)

психопатоподобные изменения:

астенический вариант (дистимический)

истерический

эксплозивный

апатичный (шизоидный)

профессиональное снижение

III ст. - органические расстройства:

- снижение памяти, интеллекта;

грубость, злобность, агрессивность,, цинизм

+ апатия, тупая эйфория;

асоциальные поступки.

Это алкогольная (морально-этическая) деградация личности
которая достигает уровня алкогольной деменции.

Лечение алкоголизма:

I этап - подготовительная терапия (симптоматическая) - направленная на снятие

абстинентного синдрома

смесь Попова

дезинтоксикация

общеукрепляющая

витаминотерапия

II этап активная (специфическая) терапия

сенсibiliзующая

- антабус (дисульфирам, тетурам) - 0,1; 0,15; 0,25.

метронидазол 0,25

условно рефлекторная терапия (УРТ)

апоморфин 1 % - 0,2-0,3-0,5 до 1,0 в/м

отвар баранца

психотерапия

III этап - поддерживающая противорецидивная терапия.

Антигравиданты (против влечения- блокируют А1с рецепторы)

флупентиксол

ерготалалкалоид - лизурид

флуокситин

аотал

Но есть риск развития зависимости к ним.

Простое алкогольное опьянение.

Состояние острой интоксикации без явлений психоза, вызванный принятием спиртных

напитков называется простым алкогольным опьянением.

Легкая степень проявляется эйфорией, гиперемией лица, общим возбуждением тахикардией и повышением артериального давления до 130-150/80-95 мм рт. ст.

Нарушений языковой артикуляции и координации движений не отмечается.

Концентрация алкоголя в крови составляет 1-2‰.

При **средней тяжести** опьянения эйфорической настроение изменяется на депрессивный или раздражительный. Возможны импульсивные поступки.

Речь становится отрывочной, смазанной. Наблюдается тахикардия.

Артериальное давление достигает 140-180/90-110 мм рт. ст. Нарушается координация движений.

Концентрация алкоголя в крови равняется 3-4‰.

Тяжелая степень простого алкогольного опьянения сопровождается выключением сознания (от оглушения к сопору и коме).

Концентрация алкоголя в крови составляет 5-6‰.

Смертельным является принятие такого количества алкоголя при котором уровень его в крови превышает 7‰.

АЛКОГОЛІЗМ, АБСТИНЕНТНИЙ СИНДРОМ
ALCOHOLISM, ABSTINENT SYNDROME

стадії алкоголізму
стадии алкоголизма
the stages of alcoholism



клініка алкоголізму
 звикання
 психічна і фізична залежність
 патологічний потяг

клиника алкоголизма
 привыкание
 психическая и физическая зависимость
 патологическое влечение

clinics of the alcoholism
 getting used
 psychic and physical dependance
 pathologic inclination

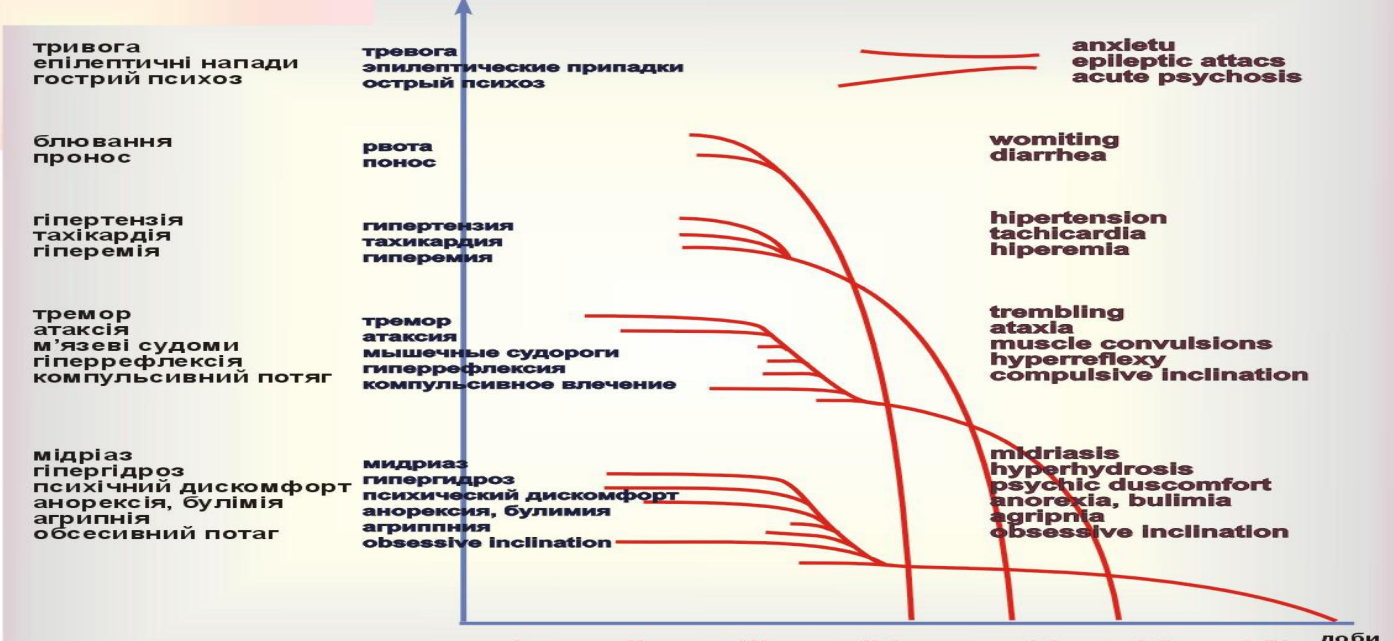
клінічна структура абстинентного синдрому
 сомато-неврологічні компоненти:
 тремтіння
 пітливість
 прискорене серцебиття
 розлади сну
 психічні компоненти:
 тривога
 боязкість
 ідеї відношень,
 переслідування

клиническая структура абстинентного синдрома
 сомато-неврологические компоненты:
 дрожание
 потливость
 учащенное сердцебиение
 расстройство сна
 психические компоненты:
 тревога
 боязливость
 страх
 идеи отношений, преследования

clinics structure of the abstinent syndrome
 somathic-neurological components:
 trembling
 hypersweating
 tachycardia
 the disorders of dreaming
 psychic components:
 trouble
 fearness
 fear
 Ideas of relations, persecution

динаміка алкогольного абстинентного синдрому
 (за А.А. Портновим, І.Н. П'ятницькою)

динамика алкогольного абстинентного синдрома
 (по А.А. Портнову, И.Н. Пятницкой)
the dynamics of the alcoholic abstinent syndrome
 (by A.A. Portnov, I.N. Platnizcay)



Диагностика

осуществляется с помощью клинического и параклинического обследования. До последнего принадлежат выявления паров спирта в выдыхаемом воздухе (с помощью аппарата ППС-1) и биохимические методы определения алкоголя в крови и моче (газохроматический и спектрографирующий).

Применение любых диагностических проб не исключает клинического анализа состояния лица. Необходимо сопоставлять клинические и параклинические данные.

Лечение проводят при тяжелой степени опьянения. Для прекращения всасывания алкоголя промывают желудок 1-1,5 л слабого раствора калия перманганата, при необходимости - через зонд. Можно вызывать рвоту путем подкожного введения 0,25 - 0,5 мл 1% свежеприготовленного раствора апоморфина. Одновременно вводят 1 мл кордиамина или 1 мл 20% раствора кофеина. Следует дать выпить 5-8 капель 10% раствора аммиака (нашатырного спирта) на полстакана воды. При алкогольной коме необходима немедленная госпитализация в стационар для проведения интенсивной терапии или реанимационных мероприятий (гемодиализ с форсированным диурезом, внутривенное капельное вливание полиглюкина, реополиглюкина, сердечных гликозидов и др.).



Приблизительно у 10 процентов больных, которые страдают хроническим алкоголизмом, развиваются острые и хронические алкогольные психозы. Среди психозов чаще всего встречается алкогольный делирий (белая лихорадка). Клиническая картина характеризуется, в основном, наличием делириозного синдрома.

Делириозный синдром проявляется дезориентацией во времени и пространстве с сохранением ориентации в собственной личности. На этом фоне появляются зрительные, тактильные и слуховые галлюцинации. Преобладают зрительные микрогаллюцинации: мухи, жуки, тараканы, мыши, крысы. Реже больные видят людей.



Зрительные галлюцинации могут принимать фантастический, неправдоподобный характер (черти, чудовища). Развивается психомоторное возбуждение. Поведение больного определяется характером галлюцинаций (он собирает жуков, отгоняет чертиков, прячется от преследователей). Некоторые больные выполняют однообразные движения, которые имеют отношение к их профессии (шофер крутит руль, переключает скорость, ищет тормозную педаль; ездовой руководит лошадьми и тому подобное). Это так называемый профессиональный делирий. Прогностически самым тяжелым является мусситирующий делирий, при котором сознание глубоко помрачено к уровню аменции. Состояние делирия обычно кратковременно, даже без лечения он проходит через 3-5 суток. Иногда психоз затягивается на 1 - 1,5 неделю.

- Белая лихорадка постоянно сопровождается соматоневрологическими расстройствами. К ним принадлежат: выраженная потливость с резким запахом пота; гиперемия кожи, особенно лицо; тахикардия, колебание артериального давления; увеличение печени, желтая окраска склер; тремор рук, головы, дрожания всего тела. Температура тела чаще всего субфебрильная. Иногда психоз может приобретать форму фебрильного делирия, при котором температура тела повышается до 39 С и на протяжении суток после резкого ухудшения общего состояния, больной внезапно умирает при явлениях острой сердечно-сосудистой недостаточности.

- Алкогольный галлюциноз - психоз, который развивается во второй и третьей стадиях алкоголизма и характеризуется наличием слуховых галлюцинаций. Клинически проявляется в острой и хронической формах. Острый галлюциноз возникает в период ААС или во время запоя. Клиническая картина определяется слуховыми галлюцинациями, которые имеют характер монолога, диалога или поливербального слухового галлюциноза с тематикой обвинения больного в пьянстве, воспоминаниями о его прошлых поступках, угрозой жестокой расправы, которую он заслужил. Иногда часть голосов защищают больного. В результате галлюцинаций доминирует аффект напряженной тревоги, страха, отчаяния, которые усиливаются вечером и ночью. Сознание сохранено. Алкогольный галлюциноз длится 2-4 недели, иногда проявляется abortивно и редуцируется через 1-3 сутки. Критическое отношение к своему болезненному состоянию во время острого психоза отсутствует.

- Хронический алкогольный галлюциноз длится месяцы и годы, клинически напоминает шизофрению. Но в отличие от нее постепенно появляется критическое отношение к галлюцинациям. Больной привыкает к ним и пытается не обращать на них внимание. Дефекта личности по шизофреническому типу нет.
- При остром алкогольном галлюцинозе больной, боясь расправы или выполняя волю повелительных галлюцинаций, может осуществить опасные действия (более частое самоубийство). Такие же поступки иногда совершают больные хроническим галлюцинозом при его заострении.
- Неотложная доврачебная помощь заключается во внутримышечном введении 2 мл 2,5% раствора аминазина или 2 мл 0,5% раствора галоперидола и 2 - 4 мл 0,5% раствора седуксена (реланиума, сибазона). Больной с острым психозом подлежит немедленной госпитализации в психиатрическую больницу.
- После выписки больного из больницы медсестра контролирует выполнение назначенного противорецидивного или поддерживающего лечения, способствует выработке установки на трезвый способ жизни, а в случае возобновления употребления спиртных напитков или заострения психотической симптоматики, организует консультацию врача-нарколога.

- **Алкогольный параноид** - психоз алкогольной этиологии, который проявляется бредом преследования или ревности. Больной уверен, что ему угрожает физическая расправа или отравление. Он узнает преследователей во многих людях, которые его окружают ; в их мимике, словах и действиях видит угрозу для своей жизни. Поступки таких больных становятся импульсными: они внезапно начинают убежать, на ходу выпрыгивают из транспорта, обращаются к милиции с требованием защитить их от преступников. При бреде отравления отказываются употреблять еду или готовят ее сами в отдельной посуде. Иногда бред преследования сопровождается незначительными вербальными иллюзиями и галлюцинациями. По большей части острый алкогольный параноид проходит за несколько дней или недель, иногда затягивается на несколько месяцев (хронический алкогольный параноид).

- **Алкогольный бред ревности** чаще всего возникает у лиц возрастом свыше 40 лет на фоне вызванного алкоголизмом значительного изменения личности и импотенции. Сначала ревность проявляется лишь в состоянии опьянения. Со временем подозрения в супружеской неверности постепенно перерастают в бред. “Обманутый мужчина” обращается за помощью к органам власти, начинает следить за женой и может применить к ней жестокое насилие, особенно когда к бреду ревности присоединяются идея отравления. При алкогольном бреде преследования и ревности больной может совершить физическую расправу над лицом, которое, по его убеждению, является врагом больного или любовником жены. Иногда больные острым алкогольным параноидом делают самоубийство, чтобы “не погибнуть ужасной смертью от рук преследователей”.

- **Корсаковский полиневротический психоз** характеризуется наличием корсаковского синдрома (см. амнестический Корсаковский синдром) в сочетании с полиневритом. Начало психоза преимущественно острое. У лиц преклонных лет заболевание может развиваться постепенно. Первым проявлением психических расстройств бывает фиксационная и иногда ретроградная амнезия длительностью от нескольких дней до нескольких лет. Часть больных пробелы памяти заполняют конфабуляциями. При выраженной фиксационной амнезии и конфабуляциях может развиваться амнестическое дезориентирование в месте, времени и окружающих лицах. Отмечаются вялость, пассивность, снижение побуждений, повышена утомляемость. Неврологическое состояние характеризуется симптомами невритов из атрофиями мышц конечностей и ослаблением или отсутствием сухожильных рефлексов.

- **Алкогольные энцефалопатии.** Алкогольные энцефалопатии развиваются по большей части в третьей стадии алкоголизма и являются наиболее характерным проявлением массивного и длительного интоксикационного действия алкоголя на головной мозг. Эти поражения головного мозга чаще развиваются на фоне органической недостаточности мозга в условиях массивной интоксикации суррогатами, при сопутствующих соматических заболеваниях, неполноценном питании, авитаминозе и действии других факторов, которые ослабляют организм. Достаточно часто эти состояния развиваются у лиц, которые лечились тетурамом, но стали продолжать злоупотреблять спиртными напитками, особенно суррогатами.

- Самой частой формой острой алкогольной энцефалопатии является **энцефалопатия Гайе-Вернике**. Эта геморрагическая энцефалопатия или верхний острый полиенцефалит развивается по большей части при употреблении денатурата, некачественного самогона, суррогатов спирта и политуры на фоне органического поражения головного мозга и хронических соматических заболеваний.
- Продромальный период энцефалопатии Гайе-Вернике длится 3-5 месяцев. У больных резко нарушается сон, они теряют аппетит, почти ничего не едят, резко худеют, у них наблюдаются постоянные дизпептические расстройства, сухость и дряблость кожи, ее бледность с желтоватым оттенком. В связи с нарастающим тремором и общей слабостью, больные мало двигаются. Появляются дизартрические расстройства, изменяется поступь и почерк. Внимание и память слабеют, больной быстро истощается.

- На этом фоне возникают грубые психические расстройства, чаще всего в виде тяжелого **делирия**, который может трансформироваться в **аментивный синдром**.
- Изменения сознания носят переменчивый характер, при котором явления делирия периодически изменяются глубоким оглушением, а рече-двигательное возбуждение - периодами прострации. Характерным для острой энцефалопатии Гайе-Вернике является подъем температуры и наличие судорожных припадков. Это заболевание нередко осложняется пневмонией и нарушениями сердечно-сосудистой деятельности, которая по большей части заканчивается смертью. Протекание острой энцефалопатии Гайе-Вернике может быть “молниеносным”, когда на фоне выраженных вегетативно неврологических расстройств быстро присоединяется глубокое оглушение, сопор и кома, которые приводят к смерти больного.

- **Алкогольная деменция** характеризуется симптомами снижения интеллектуально-мнестических и эмоционально-волевых качеств личности. Атрофируются морально-этические установки, теряется чувство стыда, собственного достоинства и ответственности за свои поступки. Теряются привычные интересы, творческие и профессиональные возможности. Появляется грубый и циничный “алкогольный юмор”. Основным мотивом поведения становится добывание и употребление других спиртных напитков (чаще всего дешевых суррогатов). Грубых нарушений памяти при алкогольной деменции не наблюдается, но уровень осмысления и его критичность резко снижается.

- **Алкогольный псевдопаралич** - это хроническая энцефалопатия с прогрессирующим протеканием и глобальным поражением интеллектуально-мнестических процессов, клиническая картина которой напоминает прогрессивный паралич (отсюда название “псевдопаралич”).
- Алкогольный псевдопаралич может развиваться медленно, но иногда манифестирует остро, как следствие тяжелых рецидивирующих алкогольных психозов.
- У больных оказывается выраженное снижение уровня суждений, некритическое отношение к себе и окружающему. Они бесцельно блуждают по паркам, на вокзалах, в местах общественного питания, странствуют в пригородных поездах. Они настойчиво пристают к окружающим “узнают знакомых”, которые этих больных никогда не видели, вспоминают им свои заслуги, выпрашивают выпивку, обижаются, что их не хотят “узнать” или “признать”.
- Больные с хроническими алкогольными энцефалопатиями по большей части полностью неработоспособные, а иногда даже нуждаются в постоянном постороннем присмотре. Лечение является относительно эффективным лишь на начальных стадиях энцефалопатий (лучший прогноз при корсаковском психозе). Оно предусматривает введение больших доз витаминов группы В и ноотропов на фоне общеукрепляющей терапии и надлежащего питания.

Благодарю

за

внимание
