

**Международный казахско-турецкий
университет им.Х.А.Ясави**

Кафедра специальных клинических дисциплин

Металкогольный

ПСИХОЗ



Подготовил: Юлдашов А.А.

Группа: ОМ-523

Приняла: Алпысбаева Н.Б.

План:

1. Общее понятие
2. Алкогольный делирий
3. Алкогольные галлюцинозы
4. Алкогольные бредовые психозы
5. Алкогольные энцефалопатии
6. Патологическое опьянение
7. Лечение
8. Литература

Общее понятие

Металкогóльные психóзы — общее название психозов, возникающих вследствие употребления спиртных напитков.



Виды МП



Алкогольный делирий

Алкогольный делирий (белая горячка, delirium tremens) — острый металкогольный психоз, протекающий в форме сужения сознания с возникновением комплексного истинного галлюциноза с чувственным бредом и напряжением аффекта с двигательным возбуждением и сохранностью самосознания.



Начальными признаками развития делирия являются:

- ✓ ухудшение ночного сна
- ✓ неустойчивость аффекта (настроения)
- ✓ вегетативные расстройства
- ✓ бессонница
- ✓ короткий беспокойный сон
- ✓ сон прерывается тяжелыми сновидениями устрашающего и угрожающего характера
- ✓ присоединяются парейдолии
- ✓ возникают истинные зрительные галлюцинации



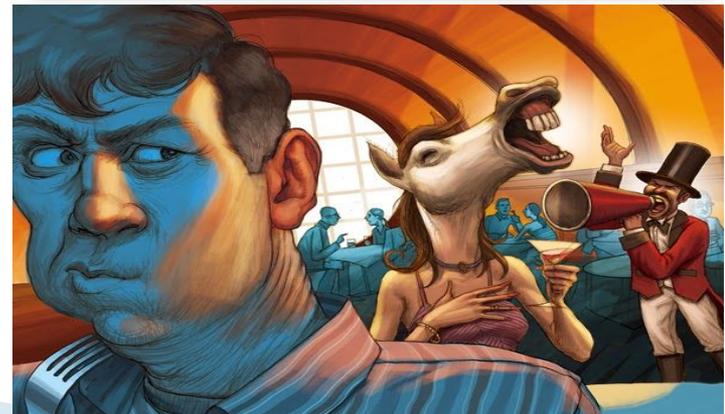
Зрительные галлюцинации

Вначале в виде включений в обычное видимое пространство.

Например, в виде тараканов, бегающих по реально существующим предметам.



Постепенно галлюцинаторная картина становится сценоподобной, причем больной имеет самое непосредственное участие в происходящих событиях.



Галлюциноз при алкогольном делирии обязательно носит комплексный характер, то есть, наряду со зрительными возникают слуховые, тактильные, обонятельные обманы, если больной видит змею, он обязательно слышит её шипение, треск ломаемых ею предметов, когда она прикасается к нему, чувствует её холод и тяжесть её тела, удушье от её колец на шее.



Исключительно характерным для делирия является расстройство восприятия времени — ближе к началу больной воспринимает события, как происходящие на несколько дней/недель раньше, чем в реальной жизни, перед разрешением делирия — как происходящие позднее на несколько дней/недель.



Длительность классического алкогольного делирия 3—5 суток, реже 7—10 суток. Исход — более или менее выраженная астенизация со снижением эмоционального фона и спонтанности.

Для соматической сферы характерно

- тахикардия
- лихорадка
- потливость
- гиперемией кожи и склер
- гипербилирубинемия
- ускорение СОЭ
- сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- из за повышения уровня глутамата в головном мозге развиваются **тремор**
- вплоть до генерализованного, гипертонуса скелетных мышц с абсолютной дискоординацией движений.



Тяжелый делирий

Профессиональный делирий.

Характеризуется молчаливым двигательным возбуждением в пределах постели, имеющим характер автоматически повторяемых движений, связанных с привычной профессиональной деятельностью;

Мусситирующий (бормочущий) делирий

характеризующийся простыми однообразными действиями, сочетающимися с бормотанием

Редуцированный делирий или делирий без делирия

характеризуется кратковременностью, фрагментарностью психотической симптоматики с полным сохранением всех остальных расстройств, считая и расстройство ориентации во времени.

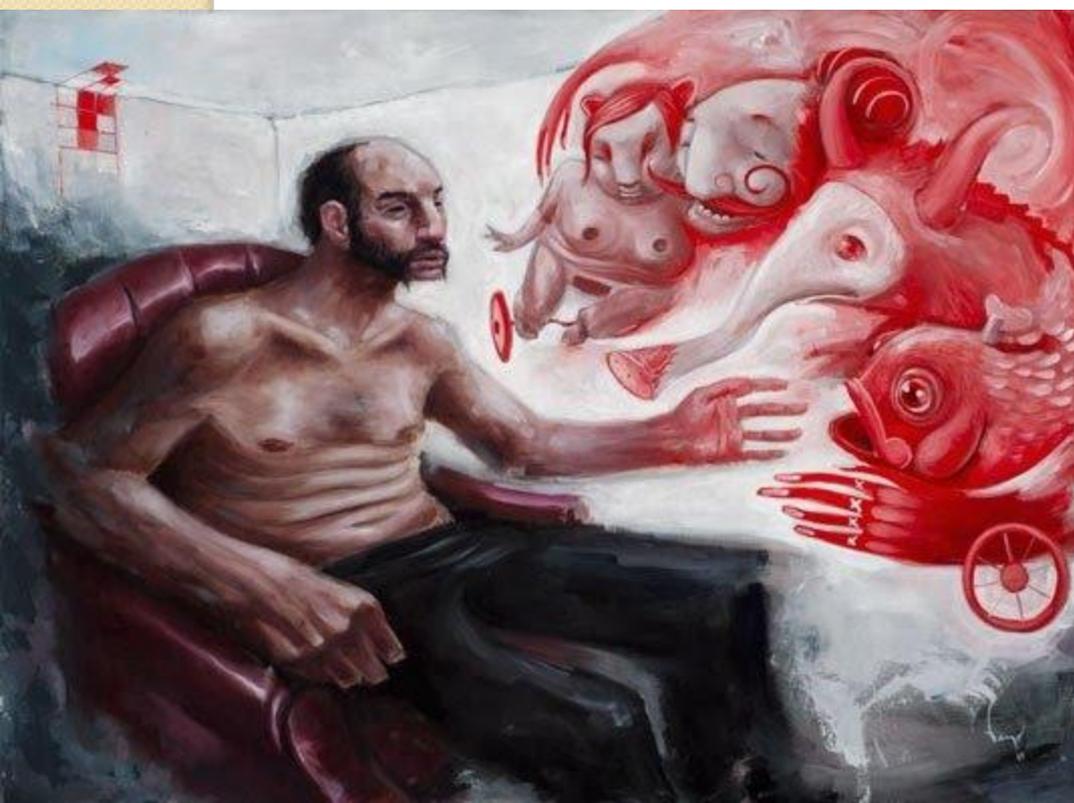
Атипичный смешанный делирий

характеризуется наличием в структуре делирия симптоматики, характерной для эндогенных психозов: дереализации и деперсонализации, расстройства схемы тела и развитием синдрома Кандинского-Клерамбо, разрешающегося вместе с разрешением острого состояния.

Смертность при алкогольном делирии составляет от 1 % до 16 % в зависимости от формы и качества проводимой терапии.

Алкогольные галлюцинозы

Представляет собой психоз с преобладанием вербальных галлюцинаций с чувственным бредом и аффективными расстройствами (преимущественно тревоги). По распространенности алкогольные галлюцинозы занимают второе место среди алкогольных психозов после делирия.



Острый алкогольный галлюциноз

- развивается на высоте запоя или при похмельном синдроме и характеризуется наличием слуховых вербальных галлюцинаций и связанным с их содержанием бредом преследования.
- Длительность острого галлюциноза от 2—3 дней до нескольких недель, редко до месяца.

Подострый (затяжной) алкогольный галлюциноз

- Продолжается от 1 до 6 месяцев (чаще 2-3 месяца), редко до года. Начальная симптоматика аналогична симптомам острого галлюциноза, но в дальнейшем присоединяются депрессивные или бредовые расстройства.

Хронический алкогольный галлюциноз

- Длится от 6 месяцев до нескольких лет.
 - Варианты течения:
 - Без бреда.
 - С бредом

Варианты течения подострого алкогольного галлюциноза:

- ❖ с преобладанием вербальных галлюцинаций — на фоне острого галлюциноза постепенно редуцируются аффективные расстройства и бред, поведение больных становится упорядоченным, отношение к галлюцинациям спокойное;
- ❖ с преобладанием депрессивного аффекта — на фоне острого галлюциноза тревожный аффект трансформируется в депрессию тоски;
- ❖ сочетающийся с бредом — на фоне острого галлюциноза происходит постепенная редукция галлюцинаций с сохранением бредовых идей отношения и преследования.



АЛКОГОЛЬНЫЕ БРЕДОВЫЕ ПСИХОЗЫ

Алкогольные бредовые психозы представляют собой психозы, основным проявлением которых является бредообразование.



Бред

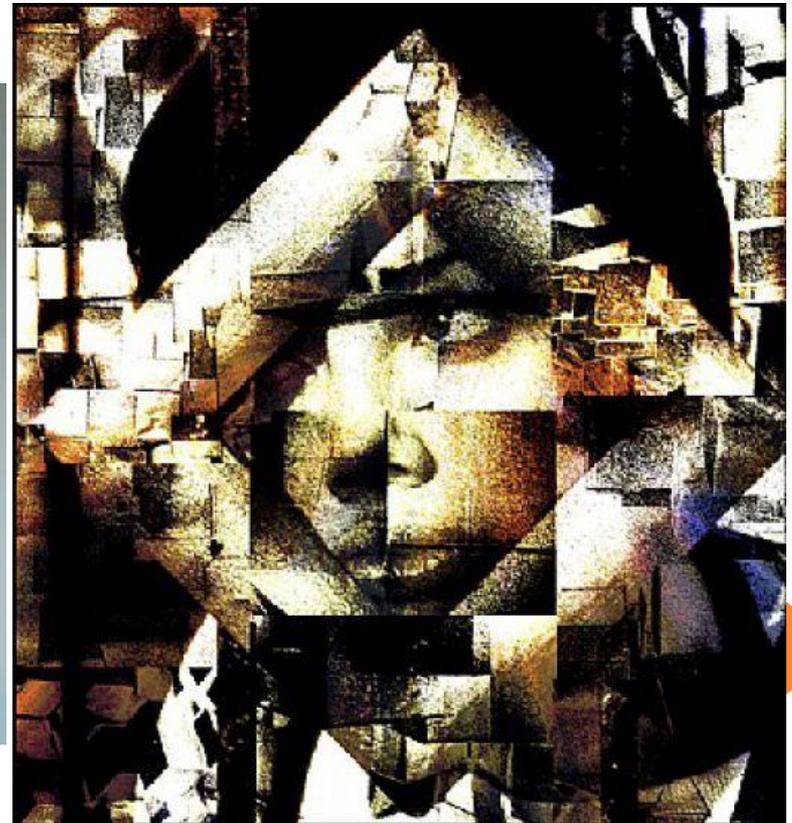


Острый алкогольный параноид (алкогольный бред преследования) характеризуется наличием бреда, содержание которого, как правило, исчерпывается преследованием со стороны окружающих. В ряде случаев бред сопровождается необильными вербальными иллюзиями и галлюцинациями, отдельными делириозными симптомами (зрительными галлюцинациями), возникающими в вечернее и ночное время. В аффективной сфере — растерянность, тревога, страх.

Поведение импульсивное (больной может внезапно броситься в бегство, иногда нападает на воображаемых врагов). Продолжительность психоза от нескольких дней до нескольких недель.



Затяжной алкогольный параноид развивается из острого. Исчезает иллюзорный компонент бреда, наступает некоторая его систематизация. Фон настроения тревожно-угнетенный, больной недоверчив, избегает контактов с предполагаемыми недоброжелателями. Алкогольные эксцессы обостряют бредовые переживания.



Алкогольный бред ревности возникает почти исключительно у мужчин, как правило, после 40 лет, развивается постепенно. Больной начинает «замечать», что жена относится к нему невнимательно, с неприязнью, проявляет холодность в интимных отношениях, часто уходит из дома, постоянно задерживается. Подозрения о неверности вначале смутные, затем становятся постоянными. Больной начинает утверждать, что жена изменяла ему и раньше, до замужества, что дети родились не от него.

Алкогольный бред ревности принимает хроническое течение с периодическими обострениями.



Алкогольные энцефалопатии

Вид алкогольных психозов, для которых характерно сочетание психических нарушений с системными неврологическими и соматическими расстройствами, нередко доминирующими в клинической картине заболевания. Алкогольные энцефалопатии развиваются при алкоголизме II—III стадии, чаще в весенние и первые летние месяцы. Условно выделяют **острые и хронические формы** алкогольных энцефалопатий, к острым относится энцефалопатия Гайе-Вернике, к хроническим — Корсаковский психоз и алкогольный псевдопаралич.



Патологическое опьянение

Транзиторный психоз, представляет собой форму сумеречного состояния и, таким образом, характеризуется внезапным возникновением искажённого восприятия обстановки в сочетании с аффектами страха, тревоги, гнева, ярости, с развитием резкого двигательного возбуждения; часто с агрессивными действиями в отношении окружающих. Развивается сразу после употребления небольшой дозы алкоголя, как правило, после переутомления, длительного эмоционального перенапряжения, после длительного тяжелого напряжения внимания.



Выделяют эпилептоидную и параноидную формы патологического опьянения.

- При эпилептоидной форме, как указывалось выше, преобладают тотальная дезориентировка, полная потеря контакта с реальностью, резкое моторное возбуждение со злобой, страхом, с бессмысленной жестокой агрессией.
- Для параноидной формы характерны галлюцинаторные и бредовые переживания устрашающего характера. Двигательная активность приобретает форму сложных психических актов — бегства от преследователей, часто с использованием транспорта, защита от «противников», нападение на случайных прохожих.

Лечение МП

- **Симптоматическая терапия** должна быть направлена на устранение гемодинамических нарушений, признаков отека мозга и легких, гипертермии, нарушений со стороны других органов. Для этой цели могут использоваться аналептики и психостимуляторы (кордиамин, сульфокамфокаин, кофеин-бензоат натрия), сердечные гликозиды (дигоксин, коргликон), гормоны (преднизолон, дексаметазон). Назначение других лекарственных средств и методов терапии зависит от показаний.
- **Терапия, направленная на купирование психомоторного возбуждения** и других психотических проявлений (иллюзии, галлюцинации, бредовые расстройства), включает прежде всего снотворно-седативные препараты: диазепам (большие дозы через капельницу или внутримышечно), натрия оксибутират, при более выраженном возбуждении показаны тиопентал натрия, гексенал, геминеврин, вводимые парентерально.
- Лишь при лечении алкогольного галлюциноза и параноида, если при этом соматоневрологические нарушения выражены незначительно, показано назначение **нейролептических средств**: галоперидол в/м до 10 мг/сут., трифтазин, левомепромазин (тизерцин), азалептин и др.



Литература

- Гавенко В.Л., Самардакова Г.А., Кожина А.М. «Наркология» 2003 г.
- <https://ru.wikipedia.org/wiki>
- <http://prozavisimost.ru/alkogolizm/zabolevaniya-i-posledstviya/alkogolnyj-psixoz-simptomu-lechenie.html>
- <https://yandex.kz/search>

**СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ**

