

Севастопольское государственное бюджетное образовательное учреждение
профессионального образования «Севастопольский медицинский колледж
имени Жени Дерюгиной»

Тема 02.01.6.7.

АЛКОГОЛИЗМ, АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ.
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АДДИКТИВНЫХ
РАССТРОЙСТВ. ПСИХОТЕРАПИЯ АЛКОГОЛИЗМА.
УСТРОЙСТВО И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ
НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА.
ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА В
НАРКОЛОГИИ. РАБОТА С РОДСТВЕННИКАМИ.

ЖЕРНАКОВ Геннадий Леонидович

Распространенность и медико-социальные проблемы алкоголизма

- **Алкоголизм** – хроническое психическое заболевание, характеризующееся синдромом наркоманической зависимости от алкоголя, совокупностью симптомов, вызываемых чрезмерным потреблением алкоголя, в результате которого наступают специфические психические, соматические и неврологические расстройства, а также социальные конфликты.

Алкоголизация предшествует 50% случаев дорожно-транспортных происшествий, 50% убийств, 25% самоубийств. Больные алкоголизмом имеют такой же риск суицида, как и депрессивные больные – 15% из них таким образом завершают свою жизнь.

Средняя продолжительность жизни лиц, страдающих алкогольной зависимостью, на 15-18 лет меньше, чем в популяции.

Медико-социальные проблемы алкоголизма.

1. Медицинские проблемы, включая несчастные случаи и увечья, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания печени и алкогольные психозы т.д.
2. Социальные проблемы, включая преступность, жестокость, разрушение семьи, отставание в учебе, проблемы на работе, самоубийства и т.д.

Проблемы, связанные со злоупотреблением алкоголем:

- 1. Проблемы для пьющего:** последствия острого алкогольного опьянения (снижение самоконтроля, агрессивность, несчастные случаи и т.д.); отравления алкоголем; последствия длительного употребления алкоголя (высокий риск психосоматических заболеваний, снижение умственных способностей, преждевременная смерть).
- 2. Проблемы для семьи пьющего:** ухудшение взаимоотношений в семье, на работе (учёбе), педагогическая запущенность детей и т.д.
- 3. Проблемы для общества:** нарушения общественного порядка; преступность; рост числа заболеваний с ВУТ; инвалидизация; экономический ущерб.

Хотя в системе организации наркологической помощи населению больные алкоголизмом составляют наибольшее количество заболеваний в этой группе (78,5 % от общего числа зарегистрированных пациентов).

На пациентов с наркоманией и лиц, злоупотребляющих наркотиками, приходится 20,6 %, токсикоманией и лиц, злоупотребляющих ненаркотическими психоактивными веществами – 0,9 %.

Число больных алкоголизмом, зарегистрированных амбулаторными наркологическими учреждениями, включая алкогольные психозы, употребление алкоголя с вредными последствиями в 2004 году составило 2951,8 чел., в 2010 году 2 573 230 чел. или 2559,7 на 100 тыс. населения, в 2016 году составило 1589525 человек или 1084,7 на 100 тыс. населения, что составляет около 1,1% общей численности населения. По сравнению с 2004 г. в 2016 г. все показатели обращаемости по поводу алкогольных расстройств **снизились почти в три раза.**

Общая обращаемость пациентов с алкоголизмом на 100 тыс. населения



Первичная обращаемость пациентов с алкоголизмом на 100 тыс. населения



В 2016 году отмечается рост показателей обращаемости пациентов с каннабиноидной наркоманией, зависимостью от психостимуляторов, а также от нескольких и иных наркотиков («Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2015-2016 годах», Статистический сборник ННЦ наркологии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2017 г.).

Патофизиологическое влияние алкоголя.

- Алкогольсодержащие напитки с позиции фармакологии, токсикологии и наркологии психотропное вещество. Но так как алкоголь не внесен в включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, поэтому юридически алкоголизм не считается наркоманией.

Алкоголь — этиловый спирт входит в состав пива, вина и водки

Этиловый спирт
легко воспламеняющаяся, бесцветная жидкость с характерным
запахом, относится к сильнодействующим наркотикам



Алкогольные напитки различаются по содержанию в них алкоголя.
Чем больше содержится алкоголя, тем более крепкий напиток.

Что такое алкоголь?

Алкоголь - это спирт этиловый (этанол C_2H_5OH), жидкость бесцветная и легко воспламеняемая, которая начинает кипеть при температуре 78,3 градуса, обладает специфическим запахом и вкусом. Получаемая при ферментации сахаров (брожение)

Этиловый спирт действует преимущественно на ЦНС. Он вызывает характерное алкогольное возбуждение.

В первую очередь под действием алкоголя нарушается деятельность коры больших полушарий головного мозга, а при повышении его концентрации в крови поражаются клетки спинного и продолговатого мозга.

Спиномозговые рефлексы страдают только при глубоком опьянении. Под влиянием алкоголя снижаются реактивность и работоспособность корковых клеток, что приводит к нарушению сложных условных связей.

Характерное для алкогольного опьянения возбуждение ни в коей мере не указывает на истинное возбуждающее действие алкоголя.

Он вызывает угнетение тормозных процессов коры больших полушарий головного мозга, приводящее к высвобождению подкорковых центров, что и обуславливает картину *алкогольного возбуждения*. В больших дозах алкоголь также угнетает подкорковые центры, что может приводить к коматозному состоянию.

Под влиянием алкоголя нарушается координация мышц-антагонистов, что приводит к неточности движений: походка опьяневших становится шаткой, неуверенной (в значительной степени это связано также с расстройством функции вестибулярного аппарата).

АЛКОГОЛЬНОЕ ОПЬЯНЕНИЕ – острая интоксикация, обусловленная психотропным действием напитков, содержащих этиловый спирт (алкоголь), вызывающих торможение центральной нервной системы.

В легких случаях алкогольная интоксикация протекает с идеомоторным возбуждением и вегетативными симптомами, в тяжелых – с дальнейшим углублением торможения, развитием неврологических расстройств и резким угнетением психических функций – вплоть до комы.

Клинические проявления алкогольного опьянения разделяют на следующие основные типы:

а) простое алкогольное опьянение:

- ✓ легкой степени ,
- ✓ средней степени,
- ✓ тяжелой степени.

б) измененные формы простого алкогольного опьянения;

в) патологическое опьянение.



Алкогольное опьянение

Легкая степень простого алкогольного опьянения (обычно при концентрации алкоголя в крови 1-1,5 ‰) проявляется весёлым настроением, ощущением тепла, гиперемией кожных покровов, учащением пульса, усилением аппетита.



Легкая степень алкогольного опьянения

ЛЁГКАЯ СТЕПЕНЬ

ПРОСТОГО ОПЬЯНЕНИЯ – ЭЙФОРИЧЕСКАЯ

(ВОЗБУЖДЕНИЕ, ХОРОШЕЕ НАСТРОЕНИЕ, БОДРОСТЬ,
ЧУВСТВО БЛАГОПОЛУЧИЯ).



Средняя степень простого алкогольного опьянения (концентрация алкоголя в крови от 1,5 до 3‰) характеризуется более грубыми изменениями поведения.

Речь становится дизартричной и более громкой из-за увеличения порога слухового восприятия.

Романтика



Средняя степень алкогольного отравления

Окружающая ситуация оценивается лишь фрагментарно, вследствие чего часто совершаются неадекватные, в том числе и противоправные, поступки.

Движения становятся неуверенными, еще больше расстраивается моторика и возникают симптомы атаксии.

Практически у всех лиц с опьянением средней степени наблюдаются грубые нарушения почерка, пошатывание с тенденцией к падению в позе Ромберга, слабость реакции зрачков на свет.

Человек, находящийся в состоянии опьянения средней степени, несмотря на вышеописанные симптомы, способен на очень верные и точные замечания не только в адрес окружающих, но и самого себя, т.е. психические расстройства всегда бывают диссоциированными.

Опьянение средней степени обычно сменяется глубоким сном.

При пробуждении ощущаются последствия интоксикации: слабость, вялость, разбитость, сухость во рту, жажда, чувство тяжести в голове, в ряде случаев раздражительность или угнетенное настроение.

Физическая и психическая работоспособность снижены. О событиях, происходивших в период опьянения, особенно о тех, которые не были эмоционально значимыми, воспоминания бывают смутными, с *запамятыванием* отдельных эпизодов.

Тяжелая степень простого алкогольного опьянения (концентрация алкоголя в крови от 3 до 5‰ и выше) определяется появлением различных по глубине симптомов оглушения сознания.

Степени алкогольного опьянения

3. Тяжелая

- **Психопатологические
симптомы:**

Выраженное угнетение сознания от
сомнолентности и оглушения до сопора и
комы

- **Неврологические:**

Атаксия, нистагм, дизартрия, снижение
болевой чувствительности, мышечная
гипотония, снижение кожных
сухожильных рефлексов, сужение зрачков,
судорги

- **Соматовегетативные:**

Гиперемия или бледность кожных
покровов, снижение температуры тела,
рвота, непроизвольное выделение мочи и
кала, тахикардия, замедление дыхания,
снижение АД



В наиболее тяжелых случаях развивается алкогольная кома.
Всегда наблюдаются неврологические расстройства:
мозжечковая атаксия, мышечная атония, амимия,
выраженная дизартрия.

Усиливаются вегетативные нарушения: урежается дыхание
вплоть до его патологических форм, снижается тонус
сердечно-сосудистой системы, появляются цианоз
конечностей, гипотермия.

Часто наблюдаются вестибулярные расстройства:
головокружение, тошнота, рвота. В ряде случаев возникают
эпилептиформные припадки. Возможно непроизвольное
отхождение мочи и кала.

По миновании тяжелой интоксикации в течение нескольких дней наблюдается адинамическая астения, сопровождаемая вначале атаксией, дизартрией и различными вегетативными нарушениями.

Характерны анорексия и расстройства ночного сна. Опьянение тяжелой степени обычно сопровождается полной амнезией — т.н. *наркотическая амнезия*.

Патологическое опьянение.

Патологическое опьянение – это сверхострый транзиторный психоз, вызванный приемом алкоголя.

После приёма относительно небольшого количества алкоголя внезапно развивается сумеречное помрачение сознания.

Возникает отрешенность от окружающего, сопровождаемая дезориентировкой всех видов, *но сохраняются привычные автоматизированные поступки*, в частности способность к передвижению пешком или на транспорте. Как правило, эпизод полностью амнезируется.

Сумеречное помрачение сознания сопровождается *продуктивными расстройствами* – образным бредом, двигательным возбуждением, аффективными расстройствами (страх, ярость, исступление), зрительными галлюцинациями устрашающего характера, т.е. возникает «психотическая» форма сумеречного помрачения сознания.

В таком состоянии часто совершаются общественно опасные деяния. Поступки больных целиком определяются возникшими психотическими расстройствами, реальная ситуация для их действий значения не имеет.

В поведении лиц в состоянии патологического опьянения обычно выявляются две основные тенденции:

- ✓ оборона со стремлением уничтожить источник опасности,
- ✓ бегство от угрожающей жизни ситуации.

Нередко обе эти тенденции сосуществуют.

С известной долей условности выделяют *две основные формы* патологического опьянения – *эпилептоидную* и *параноидную*, или *галлюцинаторно-параноидную* (встречается чаще)

Лечение острой алкогольной интоксикации.

При легкой и средней степени рекомендуется обильное питьё минеральной воды, горячий чай, иногда рекомендуют внутрь 10-15 капель нашатырного спирта в 100 мл воды.

При средней и тяжелой степени: промывание желудка, введение подкожно 0,25-0,5 мл раствора солянокислого апоморфина (для вызывания рвоты), катетеризация мочевого пузыря в случае задержки мочеиспускания.

Лечение острой алкогольной интоксикации.

- В коматозном состоянии – введение *сердечных препаратов*, внутривенно по 100 мг пиридоксина (витамина В6), до 1 литра физиологического раствора с 15-20 мл 40% глюкозой, реамберин и другие *детоксикационные растворы*. Под контролем А/Д – введение *мочегонных средств*. При сильном *двигательном возбуждении* рекомендуется в/м транквилизаторы, витамин В12

Лечение острой алкогольной интоксикации.

В случаях тяжелой комы – венопункция с изъятием до 200 мл крови, в/в физиологический раствор – 800-1000 мл. или другие детоксикационные растворы. Вдыхание кислорода,, цититон (1 мл 0,15% раствора в/в), лобелин (1 мл 1% раствора п/к), искусственное дыхание смеси 90% кислорода и 10% углекислого газа.

Медицинское освидетельствование на состояние опьянения.

В соответствии ст. 65 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ медицинское освидетельствование лица представляет собой совокупность методов медицинского осмотра и медицинских исследований, направленных на подтверждение такого состояния здоровья человека, которое влечет за собой наступление юридически значимых последствий.

Особенностью проведения медицинского освидетельствования на опьянение является то, что к освидетельствованию привлекаются не только специалисты — врачи психиатры-наркологи, занимающиеся именно этой деятельностью, но и другие медицинские работники — широкий круг врачей других специальностей и фельдшеров, для которых проведение медицинского освидетельствования может являться дополнительной нагрузкой. Специалисты не наркологического профиля, как правило, недостаточно знакомы с правовой базой освидетельствования, порядком его проведения и критериями обоснования и подготовки заключения.

Еще одной особенностью является то, что подавляющее большинство актов медицинского освидетельствования, в которых установлено состояние опьянения водителя транспортного средства, рассматривается мировым судьей с участием в судебном процессе адвоката, который во многих случаях подвергает сомнению правомерность проведения освидетельствования и обоснованность вынесенного заключения.

В настоящее время медицинское освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) осуществляется в соответствии с приказом Минздрава РФ от 18.12.2015г. №933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)».

Критериями, при наличии хотя бы одного из которых имеются достаточные основания полагать, что лицо, совершившее административное правонарушение (за исключением лиц, указанных в частях 1 и 1.1 статьи 27.12 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях), находится в состоянии опьянения и подлежит направлению на медицинское освидетельствование, являются:

- а) запах алкоголя изо рта;
- б) неустойчивость позы и шаткость походки;
- в) нарушение речи;
- г) резкое изменение окраски кожных покровов лица.

Медицинское освидетельствование включает в себя следующие осмотры врачами-специалистами, инструментальное и лабораторные исследования:

- а) осмотр врачом-специалистом (фельдшером);
- б) исследование выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя;
- в) определение наличия психоактивных веществ в моче;
- г) исследование уровня психоактивных веществ в моче;
- д) исследование уровня психоактивных веществ в крови.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОПЬЯНЕНИЯ

I. Изменения психической деятельности

1. Неадекватность поведения, в том числе сопровождающаяся нарушением общественных норм, демонстративными реакциями, попытками диссимуляции.
2. Заторможенность, сонливость или возбуждение.
3. Эмоциональная неустойчивость.
4. Ускорение или замедление темпа мышления.

II. Изменения вегетативно-сосудистых реакций

5. Гиперемия или бледность, мраморность кожных покровов, акроцианоз.
6. Инъецированность склер, гиперемия или бледность видимых слизистых.
7. Сухость кожных покровов, слизистых или гипергидроз.
8. Учащение или замедление дыхания.
9. Тахикардия или брадикардия.
10. Сужение или расширение зрачков.
11. Вялая реакция зрачков на свет.

III. Нарушения двигательной сферы

12. Двигательное возбуждение или заторможенность.

13. Пошатывание при ходьбе с быстрыми поворотами.

14. Неустойчивость в позе Ромберга.

15. Ошибки при выполнении координаторных проб.

16. Тремор век и (или) языка, рук.

17. Нарушения речи в виде дизартрии.

Врач (фельдшер), проводящий медицинское освидетельствование, составляет акт медицинского освидетельствования в установленной форме в трёх экземплярах, в котором подробно излагаются сведения о внешнем виде освидетельствуемого, его поведении, эмоциональном фоне, речи, вегето-сосудистых реакциях, состоянии двигательной сферы, жалобы освидетельствуемого, его субъективная оценка своего состояния; отмечаются наличие или отсутствие запаха алкоголя, указываются результаты лабораторно-инструментальных исследований. Степень опьянения не указывается, так как такого требования в законодательных актах нет.

АЛКОГОЛИЗМ.

- **АЛКОГОЛИЗМ** — хроническое психическое заболевание, характеризующееся синдромом наркоманической зависимости от алкоголя, то есть совокупностью симптомов, вызываемых чрезмерным потреблением алкоголя, в результате которого наступают специфические психические, соматические и неврологические расстройства, а также социальные конфликты.

Стадии алкоголизма.

Условно выделяют три последовательных стадии алкоголизма:

- начальную, неврастеническую (I),
- среднюю, наркоманическую (II),
- конечную, энцефалопатическую (III).

Каждая из стадий характеризуется типичными для нее признаками – симптомами и синдромами.

Бытовое пьянство как предшественник алкоголизма.

Бытовое пьянство представляет собой вредную привычку, которая может перейти в болезнь – алкоголизм. Основной показатель бытового пьянства – частота и количество употребляемого алкоголя как средства решения психологических, социальных и биологических проблем. Многократное и регулярное употребление алкоголя даже с выраженным опьянением не является алкоголизмом, если не сопровождается характерными для этого заболевания признаками.

Бытовым пьянством принято считать такие многократные и регулярные выпивки, которые наносят ущерб соматическому здоровью или создают социальные проблемы в обществе, в семье, на работе.

Эту форму злоупотребления алкоголем многие специалисты признают как донозологическую стадию алкоголизма, ей нередко дают разные названия: «злоупотребление алкоголем», «донозологический алкоголизм», «бытовое пьянство» и др.

Первая (начальная) стадия алкоголизма.

Синдром измененной реактивности:

- 1) исчезновение защитных механизмов (отвращение к виду и запаху алкоголя на следующий день после интоксикации и рвота);
- 2) изменение формы потребления алкоголя (регулярная и систематическая);
- 3) возрастание толерантности в 4-5 раз;
- 4) изменение формы опьянения (палимпсесты и заострение характерологических особенностей в опьянении);

Синдром психической зависимости:

- 1) обсессивное влечение к опьянению (изменение мотивов алкоголизации, ценностная переориентация, изменение интерперсональных отношений);
- 2) потребность в психическом комфорте, связанном с интоксикацией (опьянение становится самоудовлетворяющей ценностью, единственно комфортным состоянием, когда больной может испытывать положительные эмоции).

Показателем перехода во вторую стадию служит появление компульсивного влечения к алкоголю и абстинентного синдрома – признаков нового качества, определяющих физическую зависимость от алкоголя.

Синдром измененной реактивности:

- 1) защитные механизмы в ответ на передозировку не включаются (даже смерти «от опоя» не предшествует рвота, коллапс наступает внезапно);
- 2) толерантность стабилизируется на высоких дозах и превышает изначальную в 8-10 раз;
- 3) меняются формы потребления (на фоне систематического пьянства появляются псевдозапой, которые прерываются внешними, ситуационными обстоятельствами);
- 4) меняются формы опьянения (амнезии опьянения становятся регулярными, поведение в опьянении обычно патологическое, извращается физиологический эффект алкоголя - он начинает действовать стимулирующим образом, седативное действие проявляется только при высоких дозах);

□ синдром психической зависимости:

- 1) **обсессивное влечение к опьянению доминирует в сознании;**
- 2) **потребность в психическом комфорте интоксикации (в умеренном опьянении нормализуются психические функции — осмысление, внимание и другие, недостаточные в трезвом состоянии; опьянение — единственное для больного алкоголизмом состояние, в котором возможен психический комфорт);**

Синдром физической зависимости:

- 1) компульсивное, неудержимое влечение к опьянению, отражающее патофизиологическую потребность, необходимость (проявляется в период воздержания, на определенном уровне интоксикации – утрата количественного контроля, неспособность регулировать количество выпиваемого, а также в структуре абстинентного синдрома);
- 2) потребность в физическом комфорте интоксикации (как аналогичный симптом в психической сфере, описанный выше);
- 3) абстинентный синдром – состояние остро наступающих соматоневрологических и психических дисфункций, особенно вегетативных, развивающееся на утро после опьянения, на спаде интоксикации. В этой стадии абстинентный синдром характеризуется преобладанием симпатотонической симптоматики. Психически выражены так называемые «симпатоадреналовые» аффекты (страх, тревога и др.).

Компульсивное (вторичное, неодолимое) влечение
основывается на физической зависимости, оно
сравнимо с голодом и жаждой.

Алкоголь становится насущной потребностью для организма, его отсутствие вызывает болезненные расстройства.

Абстинентный синдром при алкоголизме – болезненное состояние, возникающее во второй стадии вследствие прекращения поступления привычной дозы алкоголя. Абстиненция проявляется психическими, соматовегетативными и неврологическими расстройствами. Больные жалуются на головную боль, сердцебиение, диспептические расстройства, утрату аппетита, чередование озноба и проливного пота. Артериальное давление часто повышено, иногда значительно. Характерны мышечный тремор, особенно крупноразмашистый тремор пальцев рук. Астения, раздражительность, беспричинная тревога сочетаются с бессонницей или беспокойным сном, кошмарными сновидениями, ранним пробуждением.

Особенность абстинентного синдрома состоит в том, что все нарушения на время смягчаются или устраняются приемом спиртных напитков.

В зависимости от типа личностной акцентуации могут наблюдаться идеи ревности, преследования, отношения, истерическое поведение с демонстративными суицидными попытками или депрессия с истинными суицидными намерениями.

Симптомы алкогольной абстиненции появляются через 12-24 часа после последней выпивки, продолжительность ее зависит от тяжести – от 1-2 суток до 1-2 недель.

В тяжелых случаях могут развиваться алкогольный делирий («белая горячка») и судорожные припадки («алкогольная эпилепсия»). Продолжительность второй стадии 5-15 лет.

Третья (конечная) стадия алкоголизма.

Клинически также выражается тремя синдромами, но уже нового качества.

□ *Синдром измененной реактивности* представлен, наряду с возможным систематическим пьянством, пьянством истинно запойным (в течение истинного запоя с каждым днем падает выносливость к алкоголю и запои заканчиваются состоянием резкой физической слабости, невозможностью продолжать употребление; алкоголь перестает оказывать стимулирующее действие, а лишь тонизирует, выравнивает состояние – вне опьянения в этой стадии больные находятся в состоянии анэргии, толерантность прогрессивно снижается, часто оказываясь ниже изначальной, физиологической).

□ Синдромы психической и физической зависимости
представлены потребностью в психическом и физическом комфорте в интоксикации; вне опьянения больной в третьей стадии обычно неработоспособен.

Обсессивное влечение проявляется лишь в ремиссиях, в периоде злоупотребления оно поглощается, заслоняется более интенсивным и ярким в картине болезни влечением компульсивного характера.

Те личностные, мотивационные ценностные перестройки, которые были связаны с обсессивным влечением в первой стадии болезни, теперь в большей степени определяются психопатизацией личности, наступающей деменцией, отражающей алкогольную энцефалопатию.

Абстинентный синдром в третьей стадии болезни
— особое, анэргическое состояние, грозящее
коллапсом, остановкой сердечной деятельности,
мозговыми (сосудистыми) катастрофами, печеночной
и панкреатическими комами как следствием
интоксикации.

Этиология и патогенез алкоголизма.

Алкоголизм является мультифакторным и полиэтиологическим заболеванием.

Наряду со специфическим действием алкоголя в этиологии алкоголизма важную роль играют социальные, психологические и индивидуально-биологические факторы.

При этом имеют значение и преморбидные характерологические черты, которые не только определяют мотивацию отношения к алкоголю, но и влияют на скорость развития заболевания.

В большинстве случаев личность страдающего алкоголизмом — незрелая, с недостаточной социальной адаптацией и затруднениями в установлении межличностных отношений.

Патогенез алкоголизма сложен и недостаточно изучен. Считается, что алкоголь действует почти на все нейротрансмиттерные системы мозга.

Низкие дозы алкоголя стимулируют дофаминергическую и норадренергическую системы, что сопровождается эйфорией и общим возбуждением.

Высокие дозы вызывают обратный эффект – уменьшение дофаминергической и норадренергической нейротрансмиссии и усиление тормозящих эффектов ГАМК. Клинически это проявляется моторной заторможенностью и общей седацией.

Алкогольные (металкогольные) психозы – это острые, затяжные и хронические расстройства психической деятельности, возникающие у больных алкоголизмом только во второй и третьей стадиях болезни, у мужчин чаще, чем у женщин. Известное значение имеют и дополнительные вредности, особенно при возникновении острых алкогольных психозов. Любые соматические заболевания (воспаление легких, травмы), резко обрывая запой, способствуют утяжелению алкогольного абстинентного синдрома и возникновению острых алкогольных психозов. Алкогольные психозы – не осложнение алкоголизма, а закономерное его проявление.

По данным ВОЗ металкогольные психозы возникают у 10% больных алкоголизмом, а по данным отечественных авторов – до 15%.

В отечественной наркологии традиционно выделяются по типу течения и синдромальным признакам 4 группы алкогольных (металкогольных) психозов:

1. Психозы, протекающие с выраженным помрачением сознания (алкогольные делирии);
2. Психозы, протекающие с преобладанием слуховых обманов (алкогольные галлюцинозы);
3. Бредовые негаллюцинаторные психозы (алкогольный параноид, алкогольный бред ревности);
4. Энцефалопатии с психотическими проявлениями, интеллектуально-мнестическими нарушениями (**Корсаковский психоз**, энцефалопатия Гайе-Вернике, алкогольный псевдопаралич).

Алкогольный делирий (белая горячка, delirium tremens) – самый частый вид алкогольных психозов. В подавляющем числе случаев белая горячка возникает в первые трое суток после прекращения злоупотребления алкоголем, реже – на 4-6 сутки. Делирий развивается во второй и третьей стадии алкоголизма, давность существования синдрома похмелья ко времени возникновения первого в жизни делирия обычно превышает 5-летний срок, средний возраст больных – около 40 лет. Длительность ежедневного потребления алкоголя обычно превышает неделю, в сутки потребляется более 500 мл водки.

Алкогольный галлюциноз – второй по частоте психоз у больного алкоголизмом. Давность существования второй стадии алкоголизма ко времени возникновения первого в жизни галлюциноза в 90% случаев превышает 5 лет, возраст больных колеблется от 25 до 40 лет. Психоз возникает в первые дни после прекращения злоупотребления алкоголем. Предшествующий запой обычно не менее 3-4 дней. У большинства больных имеется дополнительная патология: остаточные явления органического поражения головного мозга, различные соматические заболевания.

Алкогольная паранойя (алкогольный бред ревности, алкогольный бред супружеской неверности) – хроническая форма металкогольного психоза с преобладанием первичного паранойяльного бреда встречается исключительно у мужчин, средний возраст начала заболевания около 50 лет.

Алкогольная паранойя возникает преимущественно у лиц с психопатическими чертами характера. Им свойственны такие характерологические свойства, как недоверчивость, склонность к регламентации, стеничность, эгоцентризм, чрезмерная требовательность, застойные аффекты, склонность к образованию сверхценных идей.

Алкогольный параноид — алкогольный психоз, в клинической структуре которого основным является галлюцинаторно-параноидный синдром с бредом обыденного, конкретного содержания и невыраженными вербальными галлюцинациями на фоне ясного сознания.

Возникает во второй стадии алкоголизма, обычно в первые 3 суток после прекращения злоупотребления алкоголем, на высоте похмельного синдрома.

Остро возникает бред преследования, сочетающийся с выраженным аффектом страха. Больным кажется, что их хотят убить, чтобы завладеть их имуществом, деньгами, жилплощадью.

Корсаковский психоз.

В большинстве наблюдений вначале возникают развернутые или abortивные делирии, которые могут принять затяжной характер.

Состояния делириозной спутанности наблюдаются на протяжении 2-3 недель, и постепенно вырисовываются грубые нарушения памяти.

Характерна триада симптомов: фиксационная амнезия, псевдореминисценции и конфабуляции, амнестическая дезориентировка.

Психоз протекает хронически – многие месяцы и даже годы. Под влиянием правильного лечения и времени постепенно наступает улучшение, но в большинстве случаев полного выздоровления не наблюдается.

Следует иметь в виду, что подобный симптомокомплекс может развиваться вследствие отравления угарным газом, после повешения, у перенесших клиническую смерть и реанимированных.

АЛКОГОЛЬНЫЙ ПСЕВДОПАРАЛИЧ.

Встречается значительно реже Корсаковского психоза, почти всегда у мужчин зрелого и позднего возраста с многолетним алкогольным стажем.

Обычно развивается после тяжелых делириев и энцефалопатии Гайе-Вернике. Психические и неврологические нарушения напоминают прогрессивный паралич, чаще всего дементную или экспансивную форму.

Больные не критичны, пассивны, бездеятельны, иногда возникает благодушная окраска настроения.

В части случаев преобладает раздражительность, недовольство или ипохондричность.

Лечение алкоголизма.

Учитывая полиэтиологический характер заболевания основные принципы лечения алкоголизма следующие:

- ✓ *добровольность,*
- ✓ *максимальная индивидуализация,*
- ✓ *комплексность*
- ✓ *отказ от употребления алкоголя.*

Профилактика алкоголизма.

Профилактика алкоголизма требует проведения комплекса законодательных, административных и медико-гигиенических мероприятий.

По рекомендации ВОЗ, различают 3 степени профилактики. В отношении профилактики алкоголизма выделяют первичную профилактику – предупреждение пьянства и возникновения алкоголизма; вторичную – комплексное лечение с последующими курсами противорецидивной терапии и третичную – социальную реабилитацию и реадaptацию больных.

Экспертиза алкоголизма.

Военная экспертиза: больные алкоголизмом (кроме случаев алкогольного слабоумия), а также перенесшие в прошлом острые алкогольные психозы, признаются годными к военной службе.

Трудовая экспертиза. Состояние опьянения и обычного похмелья не являются основанием для выдачи больничного листа. Лишь в случаях необходимости прерывания тяжелых запоев и тяжелых абстиненций, чреватых судорожными припадками, суицидными тенденциями или алкогольными психозами больные лечатся по больничному листу амбулаторно или стационарно.

Судебно-психиатрическая экспертиза.

Лица, страдающие алкоголизмом, как сохраняющие способность отдавать отчет в своих действиях и руководить ими, в случае совершения противоправных действий признаются вменяемыми и несут всю полноту ответственности перед законом.

Более того, совершение преступления в состоянии алкогольного опьянения является отягчающим вину обстоятельством.

Исключение из этого правила – случаи очевидного алкогольного слабоумия в конечных стадиях болезни, больные с острыми и затяжными алкогольными психозами при совершении противоправного деяния в психотическом состоянии и лица с патологическими формами опьянения.

Обычно суд признает их невменяемыми и уголовной ответственности они не несут, их направляют на принудительное лечение в психиатрической больнице.

Наименьшее судебно-психиатрическое значение имеют больные с Корсаковским психозом и алкогольным псевдопараличом в силу их пассивности и даже беспомощности. Наибольшее же значение в этом плане имеют больные с затяжными алкогольными бредовыми психозами в связи с их особой склонностью к совершению обдуманых и длительно подготавливаемых убийств жены и мнимых любовников. Ввиду особой опасности этих больных они направляются судом на принудительное лечение в психиатрические больницы с интенсивным наблюдением.

Спасибо за внимание

