

Под психоактивным веществом (ПАВ) понимают любое вещество (природное или синтетическое), способное при однократном приёме изменять настроение, физическое состояние, самоощущение, восприятие окружающего, поведение, либо давать другие, желательные с точки зрения потребителя, психофизические эффекты, а при систематическом приёме вызывать психическую и физическую зависимость.

Выделяют три группы психоактивных веществ: алкоголь, наркотики и токсические вещества. К последним также относятся лекарственные средства с психотропным эффектом (т.н. психотропные препараты), разрешённые к медицинскому применению Фармакологическим Комитетом РФ и не включенные в официальный «Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации».

Алкоголь – наиболее часто используемое психоактивное вещество. Алкогольсодержащие напитки с позиции фармакологии, токсикологии и наркологии – наркотическое вещество. Но так как алкоголь не внесен в список веществ, взятых под контроль, как наркотики, юридически алкоголизм не считается наркоманией.

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

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

Тяжесть алкогольного опьянения и его клинические особенности зависят не только от количества принятого спиртного, темпа приема, температуры воздуха и даже его концентрации в крови. Это зависит также от индивидуальных биологических, психических особенностей индивида – типа нервной системы, личностных черт, а также от его функционального состояния в данный момент.

Например, резко повышена чувствительность к спиртному у психопатических личностей, у лиц с последствиями черепно-мозговых травм, перенесших в прошлом инфекционные и соматические болезни или истощение ЦНС и даже просто переутомление непосредственно перед потреблением спиртного.

Клинические проявления алкогольного опьянения разделяют на следующие основные типы:

- простое алкогольное опьянение;
- измененные формы простого алкогольного опьянения;
- патологическое опьянение.

Простое алкогольное опьянение может проявляться в легкой, средней и тяжелой степени.

Степень тяжести острой алкогольной интоксикации находится в прямой корреляции от содержания алкоголя в крови.

При концентрации алкоголя в крови 0,1-0,5‰ признаки острой алкогольной интоксикации отсутствуют или незначительны.

Легкая степень чаще регистрируется при концентрации алкоголя от 0,5

до 1,5‰; опьянение средней степени – 1,5-2,5‰; сильное опьянение – 2,5-3‰; тяжелая интоксикация (отравление) алкоголем – 3-5‰; смертельный исход вероятен, если концентрация алкоголя в крови достигает 5-6‰.

Легкая степень алкогольной интоксикации характеризуется повышенным настроением, усилением двигательной активности, ощущением психического и физического комфорта. Наблюдается легкое усиление парасимпатической активности в виде снижения ЧСС и АД, гиперемии кожных покровов. Внешние признаки опьянения обычно полностью контролируются и управляются усилием воли.

После легкой степени опьянения, продолжающейся в среднем несколько часов, неприятных психических и физических ощущений не отмечается, воспоминания о периоде опьянения сохраняются.

Средняя степень алкогольной интоксикации.

Поведение лица в состоянии алкогольной интоксикации постепенно становится все более вызывающим, перестает контролироваться волевым усилием, наблюдаются раздражительность, грубость, агрессивность, назойливость. Речевая продукция становится все более неадекватной и неконтролируемой. Утрачивается контроль за мотивационной сферой, совершаются неадекватные ситуации поступки. Наблюдается заострение

скрытых в трезвом состоянии индивидуальных черт характера. Движения становятся размахистыми, плохо скоординированными, походка – шаткой, неуверенной.

Характерна активизация симпатического отдела нервной системы в виде учащения пульса, частоты дыхательных движений, повышения артериального давления. Сухожильные рефлексы обычно снижены, появляются нистагмоидные движения глазных яблок.

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 забыванием отдельных эпизодов.

Тяжелая степень алкогольной интоксикации.

Двигательная активность ограничена, опьяневшие с трудом стоят на ногах, часто падают. Нарастает физическая слабость. Речь мало разборчива, произносят обрывки слов и фраз, что-то монотонно бормочут, мимика бедна. Продуктивный речевой контакт затруднен или невозможен. Ориентировка в месте и времени часто утрачивается. Сознание нарушено до степени комы. Могут наблюдаться рвота, икота, непроизвольное мочеиспускание. Кожа бледная, холодная, влажная. Тоны сердца глухие, наблюдается сердцебиение, пульс частый, слабого наполнения и напряжения.

Артериальное давление снижается. Дыхание поверхностное, учащенное, может стать патологическим.

Выявляются неврологические симптомы: понижение или отсутствие конъюнктивальных, болевых рефлексов, зрачки расширены, реакция на свет слабая, наблюдается спонтанный горизонтальный нистагм. Сухожильные рефлексы снижены или отсутствуют.

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 – 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.

В таком состоянии часто совершаются общественно опасные деяния.

В поведении лиц в состоянии патологического опьянения обычно выявляются две основные тенденции: оборона со стремлением уничтожить источник опасности и бегство от угрожающей жизни ситуации.

Основные характеристики патологического опьянения:

1. Внезапное начало и внезапный конец.
2. Состояние развивается вскоре после употребления алкоголя в диапазоне от 10-15 мин до 1 ч, независимо от дозы выпитого спиртного.
3. Длится от нескольких часов до нескольких минут.
4. Не сопровождается внешними признаками опьянения.
5. Заканчивается тотальной или парциальной амнезией, оставляя после себя астению.
6. Чаще возникает у не страдающих алкоголизмом лиц, и не обнаруживающих ранее признаков психического заболевания
7. Предрасполагающими факторами являются: травмы головного мозга, латентно протекающая эпилепсия, сосудистое заболевание мозга, перенесенные инфекции и интоксикации
8. Провоцирующими моментами могут являться сильное волнение, испуг, страх, гнев, бессонница, переутомление.

Судебно-психиатрической экспертизой патологическое опьянение квалифицируется как состояние невменяемости, в связи с чем лица, совершившие в этом состоянии общественно опасные действия, освобождаются от уголовной ответственности.

Лечение острой алкогольной интоксикации

1. При легкой и средней степени рекомендуется общее и местное согревание, внутрь 10-15 капель нашатырного спирта в 100 мл воды.
2. При средней и тяжелой степени: промывание желудка, катетеризация мочевого пузыря в случае задержки мочеиспускания. В коматозном состоянии – введение сердечных препаратов, внутривенно по 100 мг пиридоксина (витамина В6), до 1 литра физиологического раствора с 15-20 мл 40% глюкозой. При сильном двигательном возбуждении рекомендуется витамин В12 по 50-100 мг.

Введение барбитуратов противопоказано!

3. В случаях тяжелой комы или состоявшейся аспирации желудочным содержимым — интубация трахеи с последующей санацией трахеобронхиального дерева.

При необходимости ИВЛ. Зондовое промывание желудка. Определение уровня глюкозы в крови. Обеспечение венозного доступа.

- Для профилактики токсической посталкогольной энцефалопатии Вернике рекомендовано введение тиамина (100 мг внутривенно).
- С целью нормализации энергетического обмена рекомендовано инъекционное введение препаратов янтарной кислоты (цитофлавин, мексидол) 1,5% в дозе 500 мл в/в.
- У пациентов с подозрением на общее охлаждение — регистрация температуры тела.
- В случае тяжелого отравления (коматозного состояния) — регистрация и оценка электрокардиограммы. Контроль за уровнем артериального давления. Пульсоксиметрия. Медицинская госпитализация пациента в стационар, специализирующийся на лечении острых отравлений.
- Для ускорения метаболизма этанола, нормализации обменных процессов рекомендовано сочетание внутривенного введения декстрозы (10-20% раствора 500-1000 мл) с инсулином (16-20 ЕД) и комплекса витаминов (тиамин 5% раствор 3-5 мл, пиридоксин 5% раствор 3-5 мл, цианокобаламин 300-500 мкг, аскорбиновой кислоты 5% раствор 5-10 мл, тиоктовая кислота 0,5% раствор 2-3 мл).

Алкоголизм

В соответствии с критериями ВОЗ, 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.

Заболевание представлено совокупностью трех синдромов – синдрома измененной реактивности, синдрома психической зависимости и синдрома физической зависимости.

Основу клинической картины алкоголизма составляют три основных синдрома:

- патологическое влечение к алкоголю (к состоянию опьянения, вызываемому алкоголем);
- алкогольный абстинентный синдром;
- алкогольная деградация личности.

Стадии алкоголизма

Условно выделяют три последовательных стадии алкоголизма – начальную, неврастеническую (I), среднюю, наркоманическую (II) и конечную, энцефалопатическую (III). Каждая из стадий характеризуется типичными для нее признаками – симптомами и синдромами.

Классификация алкоголизма по А. А. Портнову и Н. Н. Пятницкой

I стадия (начальная, неврастеническая)	навязчивое (обсессивное) влечение к алкоголю, снижение количественного контроля, нарастание толерантности, эпизодическое или систематическое пьянство
II (средняя, наркоманическая)	навязчивое влечение, абстинентный синдром, максимальная толерантность, истинные запои, изменение личности, соматические осложнения, алкогольные психозы
III (исходная, энцефалопатическая)	неудержимое (компульсивное) влечение, падение толерантности, утрата ситуационного контроля, алкогольное слабоумие

Бытовое пьянство как предшественник алкоголизма

Бытовое пьянство представляет собой вредную привычку, которая может перейти в болезнь – алкоголизм. Основным показателем бытового пьянства – частота и количество употребляемого алкоголя как средства решения психологических, социальных и биологических проблем. Бытовым пьянством принято считать такие многократные и регулярные выпивки, которые наносят ущерб соматическому здоровью или создают социальные проблемы в обществе, в семье, на работе.

Алкоголизм обычно развивается после нескольких лет пьянства

Первая (начальная) стадия алкоголизма

Признаки начальной (первой) стадии:

- повышение толерантности - самый ранний признак формирования болезни;
- формирование патологического влечения к алкоголю, которое может быть выражено то более, то менее отчетливо, характерна утрата количественного и ситуационного контроля над потреблением алкоголя и появление вторичного патологического влечения;
- изменение характера опьянения с запамätованием событий, происходивших во время опьянения, особенно при употреблении максимальных для данного большого доз алкоголя.

Вторая (средняя) стадия алкоголизма

Признаки развернутой (второй) стадии:

- алкогольный абстинентный синдром, в динамике болезни он утяжеляется и усложняется (присоединяются судорожные припадки, психозы, обратимые психоорганические расстройства);
- толерантность к алкоголю превышает исходную в 5 - 6 раз;
- патологическое влечение к алкоголю утрачивает связь с психологически понятными мотивами и доминирует среди мотивов поведения;
- формируется "привычная" форма употребления алкоголя - постоянная, перемежающаяся или запойная;
- изменения личности (алкогольная деградация) во второй стадии проявляются чертами "нравственного огрубения" (притупление высших и усиление низших эмоций), заострением преморбидных черт характера и интеллектуально-мнестическим снижением с ухудшением внимания, памяти, затруднениями в приобретении новых знаний и навыков и появлением "палимпсестов" (выпадение из памяти ("запамятование") определенных событий в период опьянения).

Третья стадия алкоголизма

Признаки конечной (третьей) стадии:

- наступает общее одряхление, аналогичное преждевременному старению - ухудшение функций всех органов и систем, интеллектуальная беспомощность, достигающая степени алкогольного слабоумия;
- переносимость алкоголя резко снижается, опьянение возникает уже после небольшого количества спиртного (снижение толерантности);
- ААС (алкогольный абстинентный синдром) протекает тяжело и включает психопатологические нарушения - страх, идеи отношения, виновности, отдельные иллюзорные и галлюцинаторные расстройства, эпилептиформные припадки;
- велика вероятность развития психозов, в том числе, хронических (длительных, затяжных) форм;
- присоединяется разнообразная соматическая патология (цирроз печени, миокардиодистрофия, пневмосклероз и др.), которая служит причиной преждевременной смерти.

Абстинентный синдром (физическая зависимость) — это комплекс вегетативных, соматических, неврологических и психических нарушений, возникающих у больных алкоголизмом/наркоманией (токсикоманией) вслед за прекращением или резким сокращением более или менее длительной и массивной алкогольной/наркотической интоксикации.

Синдром патологического влечения (психическая зависимость) — это определенная (патологическая) психическая деятельность, имеющая следующие составляющие: идеаторную (мыслительную), поведенческую, аффективную (эмоциональную), вегетативную и сенсорную.

Толерантность ("выносливость") - прогрессирующее ослабление желаемого психотропного эффекта ПАВ (эйфория, успокоение, расслабление и др.), что заставляет больного повышать дозы и учащать прием ПАВ. В основе лежит физиологический механизм адаптации организма к токсическому действию ПАВ.

Соматические и неврологические нарушения при алкоголизме

Соматические и неврологические симптомы алкоголизма возникают на разных этапах заболевания.

Наиболее характерными для алкоголизма являются жировая дистрофия печени и полиневропатия, в патогенезе которых злоупотребление алкоголем играет, безусловно, ведущую роль.

Можно утверждать, что нет ни одной системы организма, ни одного органа, которые не нарушались бы под влиянием чрезмерного потребления алкоголя.

Алкогольная полиневропатия проявляется многообразными неприятными ощущениями: чувством «ползания мурашек», «онемения», «стягивания мышц», колющими болями и слабостью в дистальных отделах конечностей (чаще нижних). Ахилловы рефлексы утрачены, коленные снижены. Эти изменения иногда обуславливают выраженные нарушения походки вплоть до атаксии.

Лечение алкоголизма

Учитывая полиэтиологический характер заболевания основные принципы лечения алкоголизма, следующие: добровольность, максимальная индивидуализация, комплексность и отказ от употребления алкоголя.

Задачи терапии:

- профилактика рецидивов и поддержание ремиссии (трезвого состояния);
- купирование синдрома патологического влечения для обеспечения возможности проведения психотерапии и реабилитации;
- предотвращение развития осложнений употребления ПАВ (терапия соматоневрологических последствий хронической интоксикации, проводится по показаниям);
- купирование иных психопатологических расстройств, если таковые имеют место быть (например, наличие коморбидной патологии).

Тактика терапии: проведение комплексного медикаментозного и психотерапевтического лечения.

1. Блокаторы опиатных рецепторов

Основной эффект налтрексона при лечении больных алкогольной зависимостью заключается в уменьшении вызываемой алкоголем эйфории. Как следствие этого, ослабевают влечение к алкоголю, происходит уменьшение потребления алкоголя и снижается частота рецидивов.

Назначение блокаторов опиатных рецепторов длительного действия – налтрексона.

Особенно высока эффективность терапии блокаторами при их комплексном использовании с психотерапией. Препарат для перорального приема назначается в дозе 50 мг/сут.

Продолжительность лечения - от 3 до 6 месяцев, после чего решается вопрос о возможном продлении приема препарата.

2. Сенситизирующие средства в терапии алкогольной зависимости до настоящего времени остаются препаратами выбора на этапе формирования ремиссии.

Суть сенситизирующей терапии основана на применении средств, резко повышающих чувствительность организма к спиртным напиткам. К ним относятся дисульфирам, цианамид, метронидазол и некоторые другие лекарственные средства. Все они в той или иной мере создают физическую непереносимость алкоголя, связанную с нарушением его метаболизма и с появлением в крови токсичных продуктов его неполного распада, образующих "химическое препятствие" ("метаболическую блокаду") дальнейшему потреблению спиртного.

Дисульфирам назначается только после купирования алкогольного абстинентного синдрома, то есть, необходимо проведение дезинтоксикационных мероприятий. Обычно препарат принимают по 250 мг/сутки по утрам, когда легче воздерживаться от употребления алкоголя. Если препарат вызывает сонливость, лучше принимать его на ночь.

3. Другие лекарственные средства

Антидепрессанты

Применение антидепрессантов показано при наличии депрессивных расстройств в структуре патологического влечения к ПАВ: тревожно-депрессивных, астено-депрессивных состояний, сопровождающихся моторной и идеаторной заторможенностью, снижением побудительной активности, а также других нарушений депрессивного спектра.

Наиболее часто используются антидепрессанты, относящиеся к классу селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (сертралин, циталопрам, эсциталопрам, флуоксетин, флувоксамин, пароксетин); ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (венлафаксин, мirtазапин), трициклические (амитриптилин, имипрамин), четырехциклические (миансерин). Назначаемые дозы препаратов соответствуют средним терапевтическим, указанным в инструкции.

Антиконвульсанты

При резких, аффективно насыщенных обострениях патологического влечения к алкоголю.

Дозы карбамазепина - 200 - 600 мг в сутки, вальпроевой кислоты - 300 - 900 мг в сутки, ламотриджина - 25 - 200 мг в сутки.

Антипсихотические препараты

При наличии психомоторного возбуждения, агрессивного, суицидального или психопатоподобного поведения, сверхценных образований в структуре синдрома патологического влечения к алкоголю.

Не являются базовыми средствами терапии синдрома зависимости.

4. Психотерапия

Психотерапия в наркологии представляет собой целенаправленную профессиональную помощь в изменении и восстановлении здорового состояния организма психологическими средствами и направлена на устранение личностных, аффективных, поведенческих и иных расстройств, оптимизацию межличностных отношений пациента, усиление мотивов на участие в лечебной программе, отказ от употребления ПАВ, социальную и профессиональную реинтеграцию.

Алкогольные (металкольные) психозы

Эти психозы возникают не как прямое следствие хронической интоксикации алкоголем, а как результат эндогенной интоксикации вследствие поражения внутренних органов и нарушений метаболизма, вызванных алкоголем.

В возникновении алкогольных психозов особая роль принадлежит длительности и массивности систематического злоупотребления алкоголем.

Алкогольные (металкольные) 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.

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.

В патогенезе алкогольных энцефалопатий особую роль играет дефицит витаминов группы В, прежде всего тиамина. *Дополнительными факторами считаются последствия органических поражений мозга, особенно при затяжных и хронических алкогольных психозах.*

Существовавший ранее термин «алкогольные психозы» заменен на «металкольные» в связи с тем, что их причиной является не только непосредственное действие алкоголя на мозг, но и поражение внутренних органов и нарушение обмена веществ, вызванные хронической алкогольной интоксикацией, а также провоцирующие вредности (соматические и психические).

В отечественной наркологии традиционно выделяются по типу течения и синдромальным признакам 4 группы алкогольных (металкольных) 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).

Под алкогольной эпилепсией понимается возникновение в структуре алкогольного абстинентного синдрома судорожных припадков. Припадки возникают либо после длительного запоя, либо в первые дни абстиненции. Они могут также появляться в начале делирия или энцефалопатии Гайе-Вернике.

Это либо генерализованные судорожные, либо abortивные припадки.

Никаких других психотических проявлений при этом не наблюдается. При воздержании от алкоголя припадки обычно исчезают.

Под дипсоманией (истинные запои) большинство специалистов понимают возникновение запоев, начинающихся с расстройств настроения, у лиц, не страдающих алкоголизмом.

Запою обычно предшествуют тревожно-депрессивное настроение, нарушение сна, анорексия, головная боль. Продолжительность запоя от нескольких дней до недели. Окончание его внезапное, когда исчезает потребность в алкоголе и даже появляется отвращение к нему. Считается, что дипсомания – не самостоятельная нозологическая единица, а лишь внешнее проявление различных психических заболеваний.

Алкогольная депрессия развивается при алкоголизме, а также при острых и хронических алкогольных психозах. Депрессия возникает либо в период абстиненции, либо после делирия или галлюциноза.

Сниженное настроение обычно сопровождается дисфорией, слезливостью или тревогой, ипохондрией. Продолжительность депрессии от 1-2 недель до 1-2 месяцев. Алкогольная депрессия чаще возникает у женщин, нередко она является причиной суицида.

Алкогольный делирий (белая горячка, delirium tremens) - самый частый вариант осложнений алкогольного абстинентного синдрома, а также самая частая форма алкогольных психозов.

Алкогольный делирий - острый психоз с помрачением сознания, сопровождающийся иллюзиями и сценopodobными истинными галлюцинациями, нарушением ориентировки в месте и времени (при сохраненной оценке собственной личности) и психомоторным возбуждением.

В первой стадии к вечеру и особенно к ночи у больных повышается общее беспокойство, они становятся настороженными, говорливыми, появляется суетливое поведение, гиперэкспрессивность мимики и жестов. Затем появляются яркие гипнагогические галлюцинации, обычно сочетающиеся с аффектом страха. Резко ухудшается сон, при частых пробуждениях больные не могут отличить сновидения от реальности. Развивается преходящая дезориентировка в окружающем вне связи со сном.

В развернутой стадии делирия наблюдается галлюцинаторное помрачение сознания. На фоне бессонницы у больных нарушается ориентировка в месте, времени и окружающих лицах. Преобладают истинные зрительные галлюцинации. Больные стряхивают с себя мелких животных, паучков, ищут под кроватью спрятавшихся туда людей, пытаются вытащить изо рта какие-то нити, проволоку, отдают распоряжения мнимым собеседникам, возмущаются.

Алкогольный делирий сопровождается неврологическими и соматическими симптомами: атаксия, тремор рук, головы, гиперрефлексия, мышечная гипотония, гипергидроз, гиперемия кожных покровов, тахикардия, субфебрилитет, одышка, колебания артериального давления, желтушность склер, в крови лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

Длительность типичного делирия при современных методах лечения редко превышает 3-4 суток. Выздоровление обычно наступает после глубокого продолжительного сна.

Смерть обычно наступает от коллапса или от присоединившейся пневмонии.

Неблагоприятным считается также *профессиональный делирий*, когда больной имитирует свою профессиональную деятельность.

Алкогольный галлюциноз

Алкогольный галлюциноз – второй по частоте психоз у больного алкоголизмом.

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.

Продромальная стадия алкогольного галлюциноза – алкогольный абстинентный синдром, более тяжелый, чем это свойственно данному больному.

В клинической картине психоза доминируют истинные вербальные галлюцинации; сознание больного при этом не помрачено. Галлюцинации истинные, обычно носят неприятное для больного содержание:

угрозы, оскорбления, брань. Критика к галлюцинаторным переживаниям отсутствует, при этом сознание больного грубо не нарушено, ауто- и аллопсихическая ориентировка сохранена. Поведение больных обычно определяется содержанием галлюцинаций. Фон настроения соответствует тематике галлюцинаций, нередко больной настроен, тревожен, иногда подавлен.

Лечение больных алкогольным галлюцинозом проводится в условиях психиатрического стационара. Основным в лечении является устранение продуктивной психотической симптоматики. С этой целью назначаются психотропные препараты: галоперидол, тизерцин, этаперазин.

Обязательными компонентами комплексного лечения является дезинтоксикация, витаминотерапия (особенно группы В), ноотропы. Всем больным, перенесшим алкогольный галлюциноз, показано собственно антиалкогольное лечение.

Алкогольная паранойя (бред ревности)

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, астеничность, эгоцентризм, чрезмерная требовательность, застойные аффекты, склонность к образованию сверхценных идей. Эти особенности характера особенно заметны в период алкогольных эксцессов.

Достаточно распространенная форма бредового поведения таких больных – убийство супруги, совершаемое, как правило, в состоянии алкогольного поведения. Агрессивное поведение в отношении мнимого соперника, даже персонифицированного, наблюдается редко.

Больных обычно госпитализируют в порядке недобровольной госпитализации в связи с опасностью их поведения для окружающих.

Алкогольный параноид

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. Возможно возникновение вербальных и зрительных иллюзий: в речи беседующих людей «слышат» угрозы в свой адрес, блестящий предмет в чьих-то руках принимают за нож. Поведение определяется бредом. Больные спасаются бегством, обращаются за помощью в милицию, ищут защиты у знакомых, в медицинских учреждениях. Во время психоза никогда не возникает осознания болезни. Длительность острого алкогольного параноида при грамотном лечении не превышает 10-15 дней.

Лечение алкогольного параноида осуществляется в условиях психиатрического стационара. Оно должно быть комплексным. Обязательным компонентом лечения является дезинтоксикация, витаминотерапия (особенно группы В). Для купирования психотических нарушений применяют нейролептики (галоперидол, трифтазин, тизерцин). Если после отмены нейролептиков бред возобновляется, это свидетельствует об эндогенном характере заболевания.

Алкогольные энцефалопатические психозы

Встречаются во II-III стадии алкоголизма. В большей части случаев возникновению алкогольных энцефалопатических психозов предшествует многолетнее массивное злоупотребление алкоголем, нередко им непосредственно предшествует делирий. Эти психозы сопровождаются выраженными соматическими, неврологическими и интеллектуально-мнестическими расстройствами.

Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике

Энцефалопатией Гайе-Вернике (ЭГВ) – заболевают преимущественно мужчины от 30 до 50 лет.

Причиной развития ЭГВ является дефицит тиамина (витамина В1), наиболее часто это происходит при хронической алкогольной интоксикации. Действие алкоголя главным образом связано с замещением в диете продуктов, содержащих тиамин, но также обусловлено увеличением потребности организма в витаминах

группы В, которые необходимы для обмена углеводов, поставляемых самим алкоголем, а также нарушениями абсорбции витаминов в желудочно-кишечном тракте.

В начале психоза появляются симптомы тяжело протекающего делирия (мусситирующего или профессионального).

Возбуждение в пределах постели, истинные галлюцинации (обычно зрительные, отрывочные, статичные) сопровождаются тревогой, речь бессвязная. Через 2-4 дня нарушение сознания углубляется до оглушения, сопора и в тяжелых случаях – комы. Присоединяются грубые нарушения в неврологической и соматической сферах – глазодвигательные нарушения, рефлексы орального автоматизма, гиперкинезы, нарушение мышечного тонуса, вегетативные расстройства, признаки пирамидной недостаточности, трофические поражения. Больные выглядят старше своих лет, резко истощены, обезвожены, температура 37-38, повышение до 40-41 С прогностически неблагоприятно.

ЭГВ обычно сопровождается полинейропатией, инфекционными осложнениями (наиболее часто – это пневмонии).

Поскольку дефицит тиамин приводит к нарушению функции сердечно-сосудистой системы, больным с ЭГВ свойственны тахикардия, постуральная гипотензия, одышка при физической нагрузке.

Следует иметь в виду, что у лиц, длительно злоупотребляющих алкоголем, внутривенное введение глюкозы способно спровоцировать развитие ЭГВ. Поэтому всем больным с предполагаемым дефицитом тиамин перед внутривенным введением глюкозы обязательно необходимо вводить тиамин.

Развитие ЭГВ считается показанием для госпитализации больного в специализированное отделение.

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.

Прежние навыки и знания хорошо сохраняются, давних знакомых узнают сразу. Психоз нередко сопровождается формированием полиневропатии с проявлением чувствительных и двигательных нарушений. Может наблюдаться частичное сознание болезни, стремление замаскировать имеющиеся нарушения памяти. В целом критика снижена, почти все больные уверены, что могут выполнять свои профессиональные обязанности.

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.

Особенностью лечебных мероприятий является раннее назначение больших доз витаминов группы В и ноотропов.