

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Зав. кафедрой: д.м.н., доцент Березовская М. А.

РЕФЕРАТ

На тему: «Алкоголизм»

Выполнил: ординатор 2 года обучения
специальности Психиатрия

Власевский Д.А.

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.

КРАСНОЯРСК, 2021

Оглавление

Введение	3
Распространённость	3
Алкогольное опьянение	3
Симптоматика.....	6
Алкогольные психозы.....	11
Алкогольный делирий	11
Алкогольный галлюциноз	12
Алкогольный бред ревности	13
Корсаковский психоз	14
Этиология и патогенез	15
Лечение.....	16
Лечение патологического влечения	16
Купирование абстинентного синдрома.....	17
Лечение алкогольного делирия.....	18
Список литературы:	20

Введение

Алкоголизм — это прогрессирующее заболевание, развивающееся из-за длительного злоупотребления спиртными напитками при формировании патологического влечения к ним, что обусловлено психической, а затем и физической зависимостью от алкоголя. Алкоголизм может протекать как без психозов, так и с появлением психотических эпизодов различной психопатологической структуры и длительности. Причиной психозов могут быть как сама алкогольная интоксикация, так и нарушения метаболизма вследствие патологии печени. Алкогольное опьянение может стать провоцирующим фактором для развития эндогенных психозов. На поздних стадиях алкоголизма развивается слабоумие (деменция) органического типа.

Распространённость

В течение жизни алкоголь хотя бы раз в жизни употребляет 95 % популяции, ежедневно употребляют алкоголь 5%, однако алкоголизм развивается примерно у 1% населения. У женщин алкоголизм встречается реже, но протекает более злокачественно. Существуют этнические различия в крепости употребляемых напитков, например, в такой африканской стране, как Гана, на душу населения в сутки употребляется пива в 10 раз больше, чем в среднем в Европе, во Франции красного сухого вина в 10 раз больше, чем в России. Крепость употребляемых напитков в целом возрастает от экватора к Северному полюсу, но не возрастает от экватора к Южному полюсу.

Алкогольное опьянение

Опьянение при употреблении алкоголя проявляется психическими, соматическими и неврологическими расстройствами. Их тяжесть зависит от дозы алкоголя, его крепости, скорости всасывания из желудочно-кишечного тракта, от состояния человека, чувствительности организма к алкоголю. Всасывание этанола происходит в тонком кишечнике. Обильная пища, особенно богатая жиром, крахмалом, замедляет всасывание. Прием алкоголя

натошак ускоряет этот процесс. Чувствительность к этанолу повышается при утомлении, голодании, недосыпании, переохлаждении, перегревании. Особенно чувствительны к алкоголю дети, подростки, пожилые люди. Многое зависит от активности ферментов, расщепляющих алкоголь. При генетически обусловленной низкой их активности и малом содержании подобных ферментов в крови (например, низкий уровень алкоголь-дегидрогеназы у народов Крайнего Севера) выражена крайняя непереносимость алкоголя, так что от умеренных доз может наступить опасное для жизни коматозное состояние.

В зависимости от тяжести состояния выделяют три степени опьянения:

- 1) *Легкая степень алкогольного опьянения* развивается при концентрации алкоголя в крови от 0,5 до 1,5 г/л. В этом случае возбуждение обычно преобладает над торможением. Наблюдаются эйфория, многоречивость, снижение самокритики, неустойчивость внимания, эмоциональная несдержанность. Нарушается тонкая координация движений, ухудшается артикуляция, появляются отдельные вегетативные реакции: гиперемия лица, учащение пульса и дыхания, гиперсаливация.
- 2) *Средняя степень алкогольного опьянения* соответствует концентрации алкоголя в крови от 1,5 до 2,5 г/л. В таком состоянии явно начинают преобладать тормозные процессы: движения и речь замедляются, нарушается понимание ситуации и высказываний окружающих, мышление становится непродуктивным и стереотипным, ухудшается ориентация. Настроение становится угрюмым или безразличным, возможны неконтролируемая агрессия, непредсказуемые реакции на замечания посторонних людей. Движения становятся плохо координированными, речь – дизартричной, походка – шаткой, часто человек не может передвигаться без посторонней помощи. На этом фоне отмечают ослабление болевой и температурной чувствительности, что может стать причиной травм и переохлаждения.

У людей, употребляющих алкоголь эпизодически, в таком состоянии обычно возникает рвота.

- 3) *Тяжелая степень алкогольного опьянения* соответствует концентрации алкоголя в крови от 2,5 до 4 г/л. В этом случае наступает угнетение сознания (от сомнолентности до комы). Самостоятельное передвижение невозможно, движения хаотичны и нецеленаправленны, исчезают реакции на болевые раздражители. Больные алкоголизмом демонстрируют повышенную толерантность к алкоголю и порой могут отвечать на вопросы даже при высокой концентрации спирта в крови. Все же концентрации, превышающие 5 г/л, считают чрезвычайно опасными (даже для людей с высокой толерантностью к алкоголю), и при отсутствии своевременной помощи они нередко завершаются смертью от паралича дыхания.

Патологическое опьянение. Это состояние определяется как острый транзиторный психоз, развивающийся вслед за употреблением алкоголя, чаще всего в небольших дозах, и протекающий в форме сумеречного помрачения сознания. Остро начинаясь, патологическое опьянение завершается либо сном, либо резким психическим и физическим утомлением (астения), вплоть до развития прострации с безразличием к самому себе и ко всему происходящему. Весь период психоза амнезируется полностью. Структура развивающегося сумеречного состояния может быть различной. Иногда можно говорить о простом сумеречном. Возникает отрешенность от окружающего, поведение внешне упорядочено, но отдельные его элементы автоматизированы, таких людей задерживают лишь тогда, когда они обратят на себя внимание своим необычным видом или вызовут удивление каким-либо необычным поступком, резко бросающимся в глаза. В ряде случаев в состоянии патологического опьянения выражены продуктивные симптомы психоза — двигательное возбуждение, аффект страха, бредовые высказывания. В подобном состоянии часто совершаются антисоциальные действия, преступления, требующие специального, не только

криминалистического, но и судебно-психиатрического исследования и анализа.

При *эпилептоидной форме патологического опьянения* на передний план выступает резчайшее двигательное возбуждение, обнаруживаются агрессивные, совершенно непонятные по своим мотивам действия. Часто наблюдаются двигательные стереотипии. Преобладает аффект неистовой ярости, злобы, ожесточенности. Речь, как правило, скудная, обедненная. Может встречаться немое возбуждение, галлюцинаций и бреда нет, либо они фрагментарны и не занимают ведущего места в состоянии.

Параноидная форма патологического опьянения, наоборот, протекает с преобладанием аффективно бредовых переживаний; больные убеждены, что им угрожает опасность, их намереваются убить, против них что-то замышляют. Возникает иллюзорное восприятие окружающего с появлением ложных узнаваний, соответствующих бредовым переживаниям. Резко выражены страх, ужас. В то же время поведение сохраняет видимую целенаправленность. Речевая продукция состоит из отдельных фраз. Могут преобладать галлюцинаторные расстройства. Завершение психоза также критическое, наступает глубокий сон с амнезией эпизода.

Симптоматика

Осевым симптомом алкоголизма является патологическое влечение к употреблению спиртного. При этом развиваются привыкание к алкоголю, патологическая зависимость от него. Выделяют психическую зависимость (потребность при помощи алкоголя изменить свое психическое состояние) и физическую зависимость (потребность снять дискомфорт физического самочувствия, развивающийся в отсутствие алкогольного воздействия).

Причина патологического влечения к алкоголю окончательно не выяснена. В клинике различают первичное влечение (психическую зависимость), не связанное ни с опьянением, ни с состоянием похмелья (похмельным синдромом); также выделяют влечение, возникающее в состоянии опьянения

после приема какого-либо количества алкоголя (утрата контроля за количеством принятого), и, наконец, патологическое влечение в период абстинентного (похмельного) синдрома, который развивается после прекращения приема алкоголя.

Симптом первичного влечения к алкоголю в начале заболевания очень часто бывает обусловлен ситуационно, т.е. возникает в ситуациях, которые привычно ассоциируются с выпивкой. Внешне он выражается в активно проявляющейся инициативе при подготовке к выпивке, устранении каких-либо препятствий, которые могут «сорвать» эксцесс. При этом у больных отмечается «подъем духа», они радостно предвкушают предстоящую приятную процедуру. Данный симптом наблюдается в I стадии алкоголизма (при отсутствии абстинентных явлений и потребности опохмелиться).

О первичном влечении к алкоголю свидетельствуют объективные признаки: изменение мимики, ее оживление при воспоминании о спиртном; аффективные нарушения — «нервозность», или пониженное настроение; вегетативно-рефлекторные проявления, выраженные особенно перед едой (слюноотделение с гиперсаливацией, глотательные движения, «подсасывание» в желудке вплоть до ощущения вкуса спиртного во рту). Все мысли больных сконцентрированы на алкоголе, они вспоминают испытанное ранее «удовольствие» после выпивки, обдумывают новые «планы», с радостью предвкушая их исполнение. Первичное патологическое влечение к алкоголю чаще принято подразделять по тяжести (легкий и средний варианты), по выраженности влечения с наличием или отсутствием компонентов борьбы мотивов (обсессивноподобное и компульсивное), по возможности преодоления больным влечения («одолимое» и «неодолимое»), по охваченности влечением (парциальное и тотальное), по характеру проявления (постоянное и периодическое), по связи с ситуационными моментами (спонтанно возникающее и обусловленное ситуативными факторами).

Первичное патологическое влечение к алкоголю с характером неодолимости наблюдается при II и III стадиях алкоголизма. Здесь его возникновение спонтанно и сразу достигает интенсивности, приводящей к немедленному употреблению спиртного. При этом больные могут пренебрегать любыми правилами морали, этики, нравственности.

Патологическое влечение к алкоголю в опьянении (или утрата количественного контроля за выпитым) свидетельствует о неспособности больного алкоголизмом ограничить прием спиртного небольшим количеством. Первые дозы алкоголя в таких случаях вызывают интенсивное влечение к его дальнейшему приему, в результате у больного развивается состояние выраженного опьянения. Утрата контроля, так же как и необходимость опохмелиться, является проявлением **вторичного влечения** к алкоголю. В практике чаще используется термин «патологическое влечение к алкоголю в опьянении».

Вторичное влечение к алкоголю может возникать и в I, и во II, и в III стадиях развития алкоголизма. В III стадии чаще развивается патологическое влечение с утратой ситуационного контроля.

Изменение толерантности к алкоголю также является облигатным симптомом алкоголизма. Выделяется симптом нарастающей толерантности, когда первоначально употреблявшееся количество алкоголя уже не вызывает прежних состояний опьянения и поэтому пациенты увеличивают дозу в два-три раза. При этом исчезает защитный рвотный рефлекс, возникает опьянение средней или тяжелой степени.

Симптом нарастающей толерантности свидетельствует о наличии I-II стадии алкоголизма.

Симптом снижения толерантности следует за стадией «плато-толерантности» с установлением стабилизации дозы алкоголя и характерен для III стадии алкоголизма. Здесь опьянение возникает от приема гораздо меньших разовых доз этанола, иногда пациенты переходят к употреблению напитков меньшей крепости, например крепленых вин.

Алкогольный абстинентный (похмельный) синдром. У больных при этом синдроме на следующее утро после принятого накануне спиртного наблюдаются угнетенное настроение, тоскливость, появляются сверхценные идеи самоуничтожения и самообвинения в поступках, совершенных накануне, ощущается физическое недомогание, слабость, сердцебиение, тяжесть в голове, многие испытывают дрожание в пальцах рук. Главный симптом похмелья — смягчение или полное исчезновение перечисленных расстройств после приема той или иной дозы этанола. В легких случаях (при начальных проявлениях II стадии) в абстиненции преобладают вегетативно-соматические расстройства, в тяжелых (при развернутой II-III стадии) наряду с ними определяются и психопатологические нарушения.

Амнестические алкогольные симптомы проявляются в виде палимпсестов (алкогольная амнезия) при I стадии. Лакунарная амнезия с запоминанием отдельных эпизодов значительной части эксцесса — признак II и III стадии, так же как и тотальная амнезия всего периода опьянения (III стадия).

Формы злоупотребления при алкоголизме могут быть различными, например, по типу псевдозапой с продолжительностью от 2-3 дней до 1-1,5 недель, с воздержанием от 2-3 дней до 1-1,5 недель или по типу постоянного пьянства (либо перемежающегося) на фоне высокой толерантности.

Поскольку алкоголизм рассматривается как прогрессирующее заболевание с определенной этиологией (длительная алкогольная интоксикация), совершенно очевидно, что болезнь имеет свое начало, апогей и исход. В связи с этим выделяют три стадии развития заболевания.

Первая стадия проявляется патологическим влечением к алкоголю, у больных утрачивается контроль над количеством выпитого спиртного, возрастает толерантность к алкоголю. Можно видеть переход от эпизодического к систематическому пьянству. Абстинентный синдром в этой стадии еще не выражен. Психические расстройства проявляются в виде «неврастеноподобных» симптомов: отмечается вегето-сосудистая дистония, расстройства сна, аппетита. По мере нарастания интоксикации заостряются

или деформируются личностные черты. При этом одновременно начинает проявляться снижение интересов к общественной жизни, работе, семье. Продолжительность начальной стадии различна — от 1 года до 8-10 лет.

Вторая (наркоманическая) стадия. Влечение к алкоголю становится более выраженным. Здесь уже четко проявляется ААС и устанавливается максимальная толерантность к спиртным напиткам (от 500,0 до 1500,0 мл водки). На этой стадии в «светлые», свободные от употребления алкоголя промежутки времени у больных меняется психическое и физическое состояние. Им трудно сосредоточиться, наблюдается утомление при интеллектуальной нагрузке, появляются раздражительность, тревожность, различные неприятные соматические ощущения. Употребление в таком состоянии первой дозы спиртного дает чувство физического и психического комфорта, значительно улучшает трудоспособность и обуславливает постоянное стремление к повторным, частым и массивным алкогольным эксцессам, что приводит к изменению поведения, конфликтам в быту, на службе. При этом заметнее выступают личностные изменения, заметными становятся неуравновешенность, быстрая истощаемость, смена мотивов и побуждений, что свидетельствует о поражении волевой сферы. Это подтверждается и проявлением неодолимого влечения к алкоголю. Эмоции становятся легковесными, поверхностными, проявляется «алкогольный юмор». Выражены также общее моральное и нравственное огрубление, больные сверхвозбудимы, агрессивны. Эмоции поверхностны, аффективность характеризуется лабильностью, неустойчивостью. Круг интересов сужается, снижается способность к запоминанию.

В наркоманической стадии возникают эпизодические психотические расстройства в виде делирия, галлюциноза или параноида. Они чаще развиваются в период воздержания после длительного злоупотребления алкоголем. Многие считают, что подобные проявления свидетельствуют о первых органических симптомах с последующим нарастанием признаков токсической энцефалопатии.

Третья (исходная, энцефалопатическая) стадия сопровождается утяжелением абстинентного синдрома. В этой стадии в большей степени выраженности проявляются различные психозы, наблюдаются эпилептические припадки. Толерантность к алкоголю падает. Почти у всех больных наблюдаются запои или систематическое пьянство. Абстиненция возникает даже после приема очень небольших доз спиртного. Психическая и физическая зависимость от алкоголя настолько выражена, что соматические нарушения при абстиненции могут быть опасными для жизни больного. Больные пьют ежедневно, непрерывно, происходит своеобразное «насыщение» организма «необходимым» количеством алкоголя. Больной употребляет алкоголь уже «как лекарство», необходимое для снятия абстиненции.

Здесь снижение уровня личности является грубым, искажающим личность, опустошающим ее. Память и интеллект резко снижены, деградация личности такова, что исчезает интерес не только к своей профессии, труду, но и к своей судьбе, все интересы сводятся к выпивке. У многих больных на заключительном этапе болезни появляются апатия, вялость, бездействие.

Алкогольные психозы

Алкогольные психозы возникают во второй и третьей стадиях развития заболевания как различные по продолжительности психотические эпизоды. Структура и динамика психотических расстройств алкогольного генеза зависят от многих факторов, сущность которых в настоящее время еще полностью не изучена.

Алкогольный делирий

Это наиболее распространенный вид алкогольного психоза. Делирий возникает почти всегда остро, в период абстиненции. Он может быть спровоцирован предрасполагающими факторами: пневмонией, дизентерией, черепно-мозговой травмой и др.

Как правило, психоз развивается в ночное время с кратковременных предвестников в виде бессонницы, кошмарных сновидений, тревоги, снижения аппетита. Типичным симптомом белой горячки является дрожание конечностей (дрожательный делирий).

Большую роль в формировании картины делирия играют тактильные галлюцинации и галлюцинации общего чувства. Больным кажется, что по ним ползают насекомые, что их кусают собаки, хватают за ноги, колют иглами, режут. Характерно также и то, что чаще всего бывают комбинированные обманы восприятий, относящиеся к различным органам чувств, очень часто больные переживают различные сцены тяжелого, неприятного для них содержания. В связи с этим можно выделить один очень существенный признак делирия — чрезвычайную яркость галлюцинаций, которые носят для больного характер полнейшей реальности. Об этом свидетельствуют эмоциональные реакции больных — экспрессивные, бурные, окрашенные аффектом страха или ужаса. Охваченность галлюцинаторными переживаниями больных доказывается объективным наблюдением — они встряхивают одеяло, простыню, чтобы удалить оттуда воображаемых насекомых, ловят в воздухе каких-то птиц, отгоняют набрасывающихся на них собак и т.д. Очень часто больные в своих галлюцинаторных переживаниях отражают какую-нибудь привычную для них ситуацию, как это бывает при алкогольном «профессиональном» делирии. Характерны для галлюцинаций больных «белой горячкой» также разнообразие и сменяемость разворачивающихся картин, которые они видят, возможность вызвать галлюцинации того или иного содержания путем соответствующего внушения.

Алкогольный галлюциноз

Психоз, не сопровождающийся помрачением сознания при обилии, как правило, слуховых истинных галлюцинаций.

При остром течении галлюциноза слуховые галлюцинации настолько явственны, что больной практически не отличает их от реальных голосов окружающих. Содержание «голосов» неприятное, они обвиняют больного в пьянстве, других «нехороших» поступках, угрожают расправой, наказанием вплоть до убийства. Сочувствующие «голоса» слышатся редко, иногда возникают зрительные, обонятельные, тактильные галлюцинации. Угрозы могут быть направлены в адрес родных. Достаточно типичными являются «голоса» в форме диалога, в котором о больном говорят в третьем лице. В остром периоде больные не критичны к голосам, появляется тревога, страх, больные начинают спорить с «голосами», могут обращаться за помощью в милицию, к соседям. Под воздействием галлюцинаций некоторые начинают считать, что их преследуют. Бредовые идеи могут быть направлены на кого-либо из окружающих. Острое состояние продолжается от нескольких дней до нескольких недель, выздоровление наступает постепенно, после выхода из психоза может наблюдаться астеническое состояние.

При подостром и хроническом течении больные постепенно привыкают к «голосам» и начинают относиться к ним критически. Такое состояние отмечается обычно в третьей стадии алкоголизма, в основном у лиц пожилого возраста. В большинстве случаев у больных отмечается пониженное настроение, что соответствует неприятному характеру галлюцинаций. Больные становятся замкнутыми и малообщительными. Даже после прекращения приема алкоголя галлюциноз продолжается, течение болезни может стать многолетним. При хронификации состояния постепенно начинают выступать симптомы слабоумия (галлюцинаторное слабоумие пьяниц).

Алкогольный бред ревности

При алкоголизме вообще довольно часто появляются идеи супружеской неверности, ревности, но в ряде случаев они принимают нелепый, вычурный характер, происходит формирование бредовой системы с преобладанием

немотивированной ревности, а также присоединением идей отношения, преследования. Бредовые высказывания обычно нелепы, больные во всем начинают видеть доказательства неверности своей жены, убеждены, что жена изменяет им с более молодыми любовниками, даже с родными братьями, сыновьями, другими родственниками. Все свое время такие больные тратят на отслеживание соперников, они постоянно следят за супругой, могут нанимать сыщиков, проверяют белье, личные вещи и т.д. В дальнейшем дело может доходить до развития идей преследования, больные считают, что их могут убить, жена с любовником замышляют разные козни. Во взглядах окружающих они иногда видят сочувствие их горю, далее больные могут стать «преследуемыми преследователями», социально опасными, агрессивными.

Корсаковский психоз

Корсаковский психоз, как правило, развивается в третьей стадии алкоголизма у лиц после 40-50 лет, часто после употребления различных алкогольных суррогатов. Заболевание развивается постепенно, оно проявляется выраженными психическими расстройствами, которые сочетаются с поражениями периферической нервной системы.

В клинической картине первыми симптомами являются нарушения памяти с фиксационной амнезией, больные тут же забывают, что они делали, о чем их спрашивали, они не помнят прошлого и настоящего, нарушается способность к запоминанию и воспроизведению. Появляются конфабуляции и псевдореминисценции. Больные не запоминают имен окружающих, могут по несколько раз с ними здороваться. С нарушением памяти связаны расстройства ориентировки в окружающей обстановке и во времени. Мышление и интеллект на ранних этапах болезни не расстроены так резко, как память, так что в целом «ядро личности» может оставаться сохранным. Конфабуляции, которыми заполняются пробелы памяти, являются конкретными, в них отсутствуют признаки фантастичности, сказочности.

Аффективная сфера характеризуется тревожностью, боязливостью. В дальнейшем обнаруживаются признаки органического психосиндрома — эйфория, благодушие или, наоборот, вялость, безразличие, апатия. Неврологические расстройства проявляются множественными полиневритами (алкогольный полиневрит) с расстройствами чувствительности, ослаблением и последующим исчезновением сухожильных рефлексов, болезненностью по ходу нервных стволов. Развиваются парезы и параличи, инвалидизирующие больных. Нарушается походка, многие больные остаются прикованными к постели.

Течение болезни затяжное, хроническое. При условии прекращения приема алкоголя состояние больных может стабилизироваться и даже частично улучшиться.

В некоторых случаях такого рода через два-три года наблюдается улучшение памяти. Но у большинства больных работоспособность снижается.

Этиология и патогенез

В основе алкоголизма лежат биологические, социальные, психологические причины. Биологическими причинами являются генетическая детерминация алкоголизма, связь алкоголизма с дефицитом серотонина и недостаточной способностью мозга к окислению альдегидов. Уровень алкогольдегидрогеназы значительно варьирует у разных этнических групп и явно, например, выше у славян, по сравнению с палеоафриканской и тюркскими группами. Полагают также, что недостаток норадреналина и избыток дофамина могут способствовать алкогольным психозам. Вероятно, алкоголизм связан с гипотетическим алкогеном, аллелью дофамин 2 рецепторного гена. Существуют семьи, в которых алкоголизм передается по доминантному, рецессивному типу, сцеплен с полом или возникает подобно мутации. В крови больных алкоголизмом ниже уровень триптофана, предшественника серотонина.

Социальными причинами алкоголизма являются стресс, семейная дезадаптация, снижение экономического уровня, подражание окружающим в детском и подростковом возрасте. Психологической причиной является прием алкоголя как препарата, улучшающего коммуникации, как антидепрессанта, для снижения уровня тревоги. Поэтому алкоголизм часто является маской аффективных расстройств. Кроме того, некоторые личностные черты сами по себе могут нивелироваться приемом алкоголя, хотя алкоголизм обыкновенно в дальнейшем их заостряет.

Лечение

Лечение патологического влечения

В основе этого вида терапии лежит выработка отвращения к алкоголю, закрепление рвотного рефлекса на запах, вкус, внешний вид алкогольной продукции. Кроме того, ставится цель выработки рефлекса страха перед употреблением спиртного.

Условно-рефлекторная терапия (УРТ) используется с начала XX века. На раннем этапе введения УРТ больным предлагалось нюхать спиртные напитки, это сочеталось с воздействием слабого электрического тока (удар тока в руку). Более эффективным оказался метод приема алкоголя на фоне действия рвотных средств (апоморфин, эметин, отвар баранца и др.). После нескольких проб такого рода может образоваться рвотный рефлекс на вид водки, ее запах, вкус. При таком методе периодически надо подкреплять возникший рефлекс, так как в противном случае он угасает.

С этой же целью может быть использована сенсibiliзирующая терапия, заключающаяся в приеме антабуса (дисульфирам, тетурам). Антабус угнетает фермент ацетилдегидрогеназу. При приеме алкоголя его окисление задерживается, ацетальдегид накапливается в крови, что дает токсический эффект в виде чувства нехватки воздуха, страха смерти, резкого сердцебиения, потливости, слабости. Иногда могут возникать гипертонические кризы, коллапсы. Вся процедура проводится в процедурном

кабинете под наблюдением врача. При возникновении у больного тягостного состояния применяются симптоматические средства с целью его купирования (вливание глюкозы с кофеином и др.). У пациента возникает представление об опасности, которая обусловлена приемом алкоголя, и боязнь его употребления. С этой целью применяется также имплантация под кожу депо-препарата дисульфирама («Эспераль»).

Купирование абстинентного синдрома

С этой целью используются средства для детоксикации и транквилизаторы. Больным назначаются капельницы для внутривенных вливаний гемодеза, реополигмокина, 5%-ного раствора глюкозы.

Седативные средства (седуксен, релиум, феназепам, бромазепам и др.) назначают в течение первых пяти-шести дней лечения внутрь (каждые четыре часа) или парэнтерально 2-3 раза в день. Дозировки подбираются индивидуально.

Специально назначаются витамины группы В (B_1 , B_6 , B_{12} , B_{15}). Существует мнение, что в патогенезе психических расстройств при алкогольных психозах и формировании алкогольной энцефалопатии лежит недостаточность витаминов B_{12} и РР.

При обнаружении гиперактивации симпатической нервной системы (симпатикотония) показано применение клонидина, пирроксана, бета-блокаторов (атенолол). Имеются наблюдения, что сочетание бета-блокаторов с бензодиазепинами может не только купировать вегетативные нарушения, но и подавляет влечение к алкоголю. При тяжелом ААС показано внутримышечное введение сульфата магния.

Как правило, подобная комбинированная терапия купирует ААС к четвертому-пятому дню лечения.

Успешно применяются также немедикаментозные методы лечения (прием внутрь сорбентов СКМ, АУВМ, АУВ), что сокращает длительность ААС на один-два дня.

На следующем этапе лечения происходит становление ремиссии. Главными терапевтическими ориентирами здесь является психопатологическая симптоматика. При наличии депрессивной симптоматики назначаются антидепрессанты (миансерин, леривон, паксил — из группы СИОЗС). При наличии психогенных состояний назначают терален, неулептил. Затяжные астенические состояния требуют назначения ноотропов.

Лечение алкогольного делирия

В настоящее время патогенетическая терапия делирия предусматривает соблюдение определенных стандартов.

Необходим контроль за соотношением введенной жидкости и диуреза; обязательны общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови (белок, сахар, остаточный азот, мочеви́на, калий, натрий, кальций, магний); гематокрит, рН крови, газы крови, ЭКГ, консультация терапевта, окулиста, невропатолога.

Проводится детоксикация с применением препаратов трисоль, хлосоль, изотонического раствора глюкозы, раствора Рингера внутривенно (капельно) или тиосульфата натрия, хлорида кальция, унитиола — 5-10 мл внутримышечно. Проводится и немедикаментозная детоксикация (очистительная клизма, плазмаферез, энтеросорбенты). Обязательно назначение витаминов группы В, аскорбиновой кислоты, никотиновой кислоты. Используются ноотропы, глюкокортикоиды (гидрокортизон, преднизолон), антиконвульсанты. Для купирования возбуждения внутривенно используют введение релия, седуксена по 20-40 мг 2-3 раза в сутки. Можно применять оксибутират натрия целью достижения седативного эффекта, его назначают по 2-4 г, растворяя в 20 мл 5%-ного раствора глюкозы, внутрь 3-4 раза в сутки. Внутривенно вводится официальный 20%-ный водный раствор по 20-40 мл капельно (медленно). С учетом этиопатогенической роли прекращения приема алкоголя в возникновении

делирия используют также с целью купирования делирия смесь Попова, содержащую фенobarбитал, винный спирт — в ночное время (200 мл).

Нейролептики должны назначаться очень осторожно (галоперидол 0,5%- ный раствор по 2,0-3,0 внутримышечно).

Лечение алкогольного (слухового) галлюциноза включает в себя собственно антиалкогольную терапию, которая описана выше (с использованием детоксикации, восстановления электролитного баланса), а также применение нейролептиков с селективным действием в отношении галлюцинаторных расстройств (трифтазин, галоперидол, этаперазин, триседил, модитен-депо в случаях пролонгированного течения галлюциноза). Показано назначение клозапина (по истечении семи дней после приема алкоголя).

В ряде случаев галоперидол и трифтазин можно комбинировать с аминазином и левомепромазином в дозе 50 мг на ночь перорально, что способствует достижению снотворного эффекта. Лечение психотропными препаратами всегда сочетают с витаминотерапией. При длительных, стойких галлюцинозах показана инсулинкоматозная терапия. При начальных стадиях формирования ремиссии широко используются различные психотерапевтические методики (эмоционально-стрессовая психотерапия, различные методы вербальной аверсивной терапии). Особое значение приобретает групповая психотерапия, что особенно важно в отношении тех пациентов, которые не желают признавать себя больными, не могут правильно, оценить отрицательное влияние пристрастия к алкоголю на свою личную жизнь, социальное положение. Основной позитивной стороной групповой психотерапии является наличие в ней выраженного фактора рациональной психотерапии, который в группе оказывает более существенное воздействие с целью коррекции поведения и формирования в сознании пациента доминанты трезвого, здорового образа жизни как гарантии личного успеха и социального благополучия.

Список литературы:

1. Жмуров В.А. Общая психопатология – Иркутск: Издательство Иркутского Университета, 1986. – 280 с.
2. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Кинкулькина М.А., Психиатрия и медицинская психология: учебник – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-3894-7.
3. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г., Психиатрия: учебник – М.: Медицина, 2002. – 544 с. – ISBN 5-225-04189-2
4. Незнанов Н.Г., Психиатрия: учебник – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-4643-0
5. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г. Психиатрия. Национальное руководство под ред. Ю.А., Н.Г. Незнанова, 2020 год.