***82.Острые металкогольные психозы, диагностика начальных проявлений, предупреждение дальнейшего развития, лечение.***

*Алкогольный делирий*: (1) продром с инсонмнии со страхами и вегетативными нарушениями → психомоторное возбуждение ночью → гиперэстезии, наплыв воспоминаний, эмоциональная лабильность, иногда вербальный галлюциноз → зрительные иллюзии / паралейдолии, пугающие гипнагонические галлюцинации. (2) острая фаза при абстиненции → инсомния, коазмы, фонемы с сохранением ауто-алло-ориентировки → комментирующие вербальные галлюцинации пугающего содержания на тему алкоголизма с потерей критики и включением больного в галлюциноз → редукция после сна.

*Острый алкогольный параноид* возникает в состоянии абстиненции, иногда с предвестниками: страх, тревога, бессонница → острый дебют первичного экспансивного бреда преследования с угрозой жизни иногда с присоединением вербальных и зрительных иллюзий → нарастание страха и тревоги → активное избегание «опасности» с совершением потенциально опасных для больного действий вплоть до суицидальных попыток для облегчения состояния, иногда нападают на окружающих.

*Предупреждение развития*: интенсивная детоксикация, изоляция больного вплоть до фиксации, введение транквилизаторов и нейролептиков.

*Лечение:* см 87 вопрос.

***83. Затяжные металкогольные психозы.***

*Подострый алкогольный галлюциноз* (1-6 мес., чаще 2-3 мес.). В начальной стадии → зоооптические сложные галлюцинации с включением больного → присоединение к галлюцинозу бреда или депрессии. Иногда весь период – вербальный галлюциноз. Критика сохранена, на поздних стадиях не вовлечены в продукцию, настроение сохранно. При длительности более 6 мес. → *хронический алкогольный галлюциноз.*

*Затяжной алкогольный параноид* (до 2-3 мес.) в начале → аналогичен острому параноиду → переход страха в тревожную депрессию → уход иллюзий → систематизация бреда. В развернутой стадии: ограничение вторичного бреда преследования лицами, с которыми раньше конфликтовал больной; поведение адекватно, но больные остаются недоверчивыми, подозрительными, ограничивают круг общения. Потребление спиртного усиливает страх и тревогу, меняет поведение.

*Алкогольный бред ревности* исключительно у ♂ 50+ лет. Первичный паранойяльный монотематический экспансивный бред, медленно прогрессирует, является последствием нарушений в сексуальной сфере у мужчин с эксплозивно-аффективной акцентуацией или склонных к образованию сверхценных идей. Больные расспрашивают своих партнеров, требуют признаний, следят за ними и опасны для них из-за способности диссимулировать бред и склонности к агрессии в сторону партнёров. Иногда может регрессировать при деалкоголизации.

*Алкогольная депрессия* (при алкоголизме и металкогольных психозах) в период абстиненции / после делирия / галлюциноза. Ухудшение настроения сопровождается дисфорией, слезливостью / тревогой, ипохондрией. Продолжительность – от 1-4 недели. Чаще возникает у ♀, иногда является причиной суицида. Редко обращаются к врачам, диагностика зачастую ретроспективная.

***84. Алкогольные энцефалопатии (АЭ)***

Группа металкогольних психозов = психические нарушения + соматические + неврологические расстройства. Алкогольный стаж – 5-7+ лет у ♂ и 3-4+ лет у ♀, 3 стадия в запойной форме с употреблением суррогатов алкоголя.

*Острые АЭ* (от 3 недель до года). Клиника: адинамическая астения, диспепсия, тошнота и рвота по утрам, отвращение к жирной и белковой пище, инсомнии с кошмарами. Больные испытывают парестезии, онемение, похолодание и судороги конечностей, нарушается походка и тонкая моторика. Появляется атаксия, головокружение, тремор, ухудшается зрение.

*С-м Гейне-Вернике*: в начале → профессиональный / мусситивный делирий + зрительные статические галлюцинации, с тревогой, двигательное возбуждение в пределах постели, речь бессвязная → нарушения сознания (оглушение, сопор, кома) + неврологический дефицит (глазодвигательные нарушения, рефлексы орального автоматизма, гиперкинезы, нарушения мышечного тонуса, вегетативные расстройства, пирамидная недостаточность, трофические поражения) + астения (обезвоживание, гипертермия, ↑ЧСС и ↑ЧДД, ↑АД → ↓АД) → летальный исход 10-14 день / восстановление сна и регресс через 3-6 недель → психоорганический синдром, ♂ – псевдопаралич, ♀ – с-м Корсакова.

*Хроническая АЭ*:с-м Корсакова, после тяжелых делириев или энцефалопатии Гейне-Вернике. Клиника: амнезия (фиксационная и ретроградная), псевдореминисценции, конфабуляции, дезориентация.Пожилые: адинамические, гипобуличные; молодые – более подвижные, пытаются чем-то заняться. К дефекту памяти критика сохранена, пытаются скрыть его. Неврологические нарушения: невриты в области конечностей → атрофия мышц. Регредиентное течение.

***85. Принципы лечения алкогольных психозов.***

В период лечения алкогольного делирия нужно полностью исключить принятие алкоголя.

*Подготовка*: Фенобарбитал + вода + этиловый спирт. При необходимости – механическая фиксация. При алкогольных галлюцинациях с ярко выраженными вегетативными расстройствами – инфузионная терапия и форсированній диурез.

*Соматическая терапия* с учетом стадии: (1) дезинтоксикация, (2) ликвидация метаболических нарушений (гипоксии, ацидоза), (3) устранение сердечно-сосудистых нарушений, гипоксии и отека мозга, (6) нормализация дыхания, (7) ликвидация гипертермии; 8) против нарушений функции печени и почек, (9) лечение сопутствующей соматической патологии.

*Психотропные средства*: седуксен 2-3 раза в сутки, галоперидол, тизерцин, стелазин.   
*Витамины*: В (Аэровит, Компливит, Центрум по 1 драже в день), С и ноотропные средства.

Тяжелое течение → детоксикационная терапия с → энтеросорбенты, плазмаферез, который осуществляется 1 раз в сутки протяженностью до 3-х дней.

*Транквилизаторы*, которые притупляют чувство страха, тревоги: диазепам, феназепам. дополнительно на ночь назначаются снотворные средства: реладорм, ивадал или фенобарбитал.

*Противосудорожные*: карбамазепин, но не назначать в комбинации с витамином В1.

При суицидальном поведении нейролептики – неулептил.

***86. Организация наркологической помощи.***

Основным звеном в организации наркологической помощи населению является **наркологический диспансер** — самостоя­тельное ЛПУ, которое организует широкую профилактиче­скую работу и оказывает специализированную помощь. Вспомогательным – наркологические центры, которые осуществляют меры по социальному восстановле­нию выздоравливающих больных и лечению психических, общесоматических и неврологических осложнений основного заболевания.

*Принципы работы наркологических центров:*

* Прием больных в центр осущест­вляется по направлению наркологических учреждений или поликлинического наркологического кабинета.
* Добровольное письменное согласие.
* При поступлении с больным за­ключается договор.
* Конфиденциальность.
* Продолжительность пребывания на реабилитации оп­ределяется физическим и психическим состоянием больного, его социальным статусом, достигнутыми результатами и со­глашением между пациентом и учреждением.

*Задача наркологических центров* – закрепление терапевтического успеха, достигнутого наркологических уч­реждениях (отделениях), и реинтеграции пациентов в обще­ство.

Приоритет в медицинской наркологической помощи должен принадлежать максимально раннему выявлению лиц с этими проблемами. Наркологическая помощь должна быть многоступенчатой, поливариантной, преемственной, дифференцированной и направленной:

* на первичную профилактику;
* на диагностику, неотлож­ную помощь, лечение;
* на вторичную профилактику (предупреждение и купирование рецидивов у больных алкоголизмом) и реабилита­цию.

***87. Методы лечения алкоголизма.***

Длительное, постоянное, комплексное и максимально дифференцированное лечение, начиная с ранних стадий алкоголизма.

*0 этап* → полное прекращение употребления алкоголя, так как постепенное снижение доз больной переносит тяжелее.

*I этап* → лечение острых и подострых болезненных проявлений, возникающих от алкогольной интоксикации (прерывание запоя, купирование абстиненции).

*II этап* → восстановительная терапия, направленная на нормализацию соматоневрологических функций, а также борьба с влечением к алкоголю.

*III этап* → реабилитация больных, стабилизирующая терапия, направленная на поддержку ремиссии и профилактику рецидивов.

Методы *борьбы с влечением*: (1) условно-рефлекторная терапия (УРТ): демонстрация алкоголя → применение рвотных средств (апоморфин, эметин, барашек) → отрицательная (рвотное) реакция на вид, запах и вкус алкоголя; (2) сенсибилизирующая терапия: детоксикация → создание химического барьера (антабус, эспераль, метранидазол, фурадонин) → перегрузка печени → физически невозможное потребление алкоголя; (3) психотерапия.

***88.*** ***Профилактика алкоголизма и его рецидивов.***

*Первичная профилактика* алкоголизма требует проведения комплекса административных, законодательных и медико-гигиенических мероприятий. Мероприятия административного и законодательного характера – это административно-правовые и воспитательные меры, направленные на усиление противоалкогольной борьбы. Медико-профилактические мероприятия – проведение широкой разъяснительной работы среди населения с использованием средств массовой информации. Необходимо бороться с традициями, начиная с детского возраста.

*Вторичная профилактика* – это раннее распознавание и раннее лечение алкоголизма, необходимо распознать и преодолеть противодействие пациентов лечению (повысить приверженность).

*Третичная профилактика* – это задержка развития грубых, необратимых нарушений в случае алкоголизма.