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

Начальные проявления:

Алкогольный делирий(белая горячка, белочка).

В продромальной стадии, может

длиться от н. дней – н. месяцев, наблюдаются расстройства сна с частыми

пробуждениями, кошмарными сновидениями, страхами, сердцебиением, потливостью, днем

у больных наблюдается астения с тревогой и беспокойством.

В I стадии вечером и особенно ночью у больных повышается общее беспокойство,

они становятся настороженными, непоседливыми, разговорчивыми, причем речь их недостаточно

последовательна. Появляются различные образные воспоминания и представления. Возникает гиперестезия, чаще тактильная, когда больные вздрагивают от легкого прикосновения. Настроение переменчиво: в основном от

страха, тревоги к эйфории. В некоторых случаях возникают вербальные галлюцинации. В дальнейшем

появляются зрительные иллюзии от начисленных к парейдолий, иногда больные видят "кино на стене».

При закрытии глаз возникают гипногогични галлюцинации, сопровождающиеся

страхами.

Острый алкогольный галлюциноз развивается на фоне абстиненции.

Сохранение ориентировки в себе и окружающих. В начале у больных фоне бессонницы или прерывистого сна появляются акоазмы, фонемы (свист, шум, шепот, отдельные слова или короткие фразы). Затем возникают вербальные галлюцинации, что в начале

имеют нейтральный характер, а в дальнейшем больной слышит множество "голосов", угрожающих и

таких, комментирующие, осуждают его поведение. Содержание "голосов", как правило, отражает

реальные события жизни больного. "Голоса" говорят между собой, вспоминая о больном в третий

лицу, или обращаются непосредственно к нему. Постоянная тема разговоров - обсуждение

пьянства, интенсивность голосов меняется шепот в крика. голоса высмеивают

больного, смеются над ним, часто бывают императивными; к голосов, обвиняют и

угрожают, не редко присоединяются такие, что оправдывают и защищают больного; между

между голосами могут возникать споры. Галлюцинации сопровождаются тревогой, страхом,

отчаянием, в начале психоза - удивлением. Поведение свора соответствует бреду и

галлюцинациям, больные совершают попытки самообороны от обращения за помощью к

милиции, побеги до суицидальных или общественно опасных действий. редукция психотических

симптомов происходит ивичайно после глубокого сна.

Острый алкогольный параноид возникает в состоянии абстиненции. В некоторых случаях психоза предшествует короткий период (часы, сутки) предвестников: немотивированный страх, тревога, подозрительность, бессонница. Затем остро возникает уверенность в угрозе смертельной опасности, формируется бред физического уничтожения (Убьют, зарежут, выбросят на ходу из поезда, застрелят и т.д.). Каждый, кто находится рядом, является членом банды, следит за больным. Появляются зрительные и вербальные иллюзии, больные зачатий, как в руках одного из преследователей блеснул нож, в другой из кармана выдвигается дуло пистолета. При этом больные в разговорах окружающих слышат реплики в свой адрес. Это сопровождается выраженными страхом и тревогой. Часто больные пытаются скрыться, бежать и делают это часто с опасностью для жизни: выпрыгивают на ходу из поезда, прячутся в безлюдных местах полураздетые в холодную погоду. Прибегают в милицию,

ища там защиту. Иногда пытаются совершить суицид, чтобы умирать более легкой

смертью. В некоторых случаях больные, спасая себя, нападают на окружающих.

**Патогенез металкогольних психозов**.

Нарушение в диэнцефальной области→алкогольные делирии → расстройства компенсаторных

механизмов в случае алкоголизма. Поражение печени→ нарушение ее детоксикационной функции

→ нарушение окисления алкоголя и ↑ в крови токсичных недоокисленных продуктов → гиповитаминоз, особенно недостаточность витаминов группы В, в случае острых металкогольних психозов особенно выраженная недостаточность витамина В1, При энцефалопатии - В6 ,. Недостаточность витамина В → нарушает углеводный обмен в

головном мозге. В патогенезе алкогольного бреда ревности играет роль несколько

факторов: токсикоз, что приводит к органическому снижение личности; возраст больных, их

преморбидные особенности и психогенные моменты, связанные со злоупотреблением алкоголем.

**Лечение**. Комплексная терапия с учетом стадии: 1) дезинтоксикация; 2) ликвидация метаболических нарушений (гипоксии,

ацидоза, гипо- и авитаминоза) и коррекция водно-электролитного, кислотно-основного состояния; 3) устранение гемодинамических, сердечно-сосудистых нарушений; предотвращения отека легких, а в

случае его возникновения - устранение; предотвращения и устранения гипоксии и отека мозга 6)

нормализация дыхания; 7) ликвидация гипертермии; 8) предупреждение и ликвидация нарушений

функции печени и почек; 9) лечение сопутствующей соматической патологии.

Терапия других форм мегалкогольних психозов и энцефалопатии также должна быть

комплексной и включать дезинтоксикацию (медикаментозную и немедикаментозную), витамины,

нейролептики, транквилизаторы, ноотропы, неспецифическую стимуляцию в случае затяжного

течения. Галюцинозы&бредовые алкгольных психозы: аминазин, стелазин, галоперидол, левомепромазин.

Депрессия → антидепрессанты.

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

Классификация:

1) галлюциноз;

2) параноид;

3) бред ревности;

4) депрессия.

Подострый (протрагированный, затяжной)

АЛКОГОЛЬНЫЕ ГАПЮЦИНОЗЫ

Такие психозы продолжаются от 1 до 6 мес, чаще 2-3 мес. В начальной стадии психоза

преобладают нарушения, характерные для классического варианта. различия возникают

позже и выражаются присоединением к галлюцинозу бреда или депрессии.

У некоторых больных в течение всего периода психоза наблюдается вербальный

галлюциноз, они критически относятся к болезни, их настроение явный, поведение адекватное.

В группу хронических алкогольный галлюциноз включают больных, у которых продолжительность

психоза превышает 6 мес, а нередко несколько лет.

В случае затяжного алкогольного параноида в начале болезни развивается картина,

аналогичная остром параноида. В дальнейшем страх меняется тревожно-депрессивным настроением,

исчезают иллюзии, бред систематизируется. Больной начинает "понимать", что его

преследователями является не все окружение, а только некоторые лица, с которыми у него были раньше

конфликты. Поведение внешне производит впечатление нормального, однако больные остаются

недоверчивыми, подозрительными; они пытаются изменить привычные маршруты, просят родственников

провожать их на работу и встречать с работы, ограничивают круг общения. потребление

спиртного усиливает страх и тревогу, меняет поведение. Продолжительность затяжного параноида

несколько месяцев.

Алкогольный бред ревности развивается исключительно у мужчин в возрасте около 50

лет, характеризуется первичным паранойяльная бредом, частота этого психоза составляет

около 3% всех алкогольных психозов. Возникает алкогольный бред ревности в

больных с психопатическими чертами характера, в преморбиде отличались

эгоцентричностью, стеничность, чрезмерной требовательностью, застойным аффектом, склонностью к образованию сверхценных идей. Монотематический бред развивается постепенно, медленно.

Алкогольная деградация создает реальные условия для отчуждения мужчин в сфере интимных

отношений, служит предпосылкой для появления сверхценных идей супружеской неверности.

Больные пытают своих жен расспросами об изменах, о детях, требуют признаться, обещая

простить. В дальнейшем развивается бред ревности, больные уверены в неверности жен, следят за

ними, находят любовников среди людей, значительно моложе их. больные тщательно

проверяют белье жен, постель, находя подтверждение своим мыслям.

Поведение больных представляет опасность для их жен, поскольку они, даже

попадая в психиатрическую больницу, умело дисимулюють бред, ласковые с женами,

просят прощения у них. Иногда сами жены требуют их выписки из больницы, потому что

считают, что они выздоровели. Однако нередко при внешне поведения больные способны

на убийство своих жен.

Алкогольный бред ревности длится годами, однако в случае полного воздержания от

спиртного у части больных бред может редуцироваться.

Алкогольная депрессия развивается в случае алкоголизма, а также острых и пролонгированных

металкогольних психозов. Депрессия возникает или в период абстиненции, или после делирия или

галлюциноза. Ухудшение настроения сопровождается дисфорией, слезливостью или тревогой,

ипохондрией. Продолжительность депрессии - от 1-2 нед до 1 мес. Алкогольная депрессия чаще

возникает у женщин, она нередко является причиной суицида. Сами больные, как правило, не обращаются

к врачам с жалобами на плохое настроение, окружающие рассматривают депрессию как психологическую

реакцию на болезнь, поэтому диагностируется это состояние часто ретроспективно.

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

Группа металкогольних психозов - психические нарушения + соматические и неврологические расстройства в

клинической картине.

АЭ развиваются на фоне алкоголизма продолжительностью от 5-7 до 20

лет и +, в III стадии болезни при запойной формы алкоголизма, когда злоупотребляют НЕ

только спиртными напитками, но и суррогатами. У ж. АЭ развиваются через

1-3-4 года после начала ежедневного пьянства.  
*АЭ:*

*-Острые*

*-Хронические*

*-Гейне-Вернике ( преимущ. м. в возрасте от 40-50 лет)*

**Острые АЭ:**

Продромальный период от н.недель – года и +. Развивается: адинамическая астения, диспепсия,

анорексия, тошнота и рвота по утрам, отвращение к жирной и белковой пищи, сон поверхностный

с частые просыпания и кошмарными сновидениями. Больные испытывают парестезии,

онемение, стяжка, похолодание конечностей, в руках и ногах судороги, нарушается походка и

возможность выполнять точные действия, особенно с мелкими предметами. Появляется атаксия, головокружение, тремор, ухудшается зрение.

**Гейне-Вернике:**

В начале психоза появляются симптомы

делирия, трудно протекает (профессионального или муситивного). Галлюцинации зрительные отрывочные и статические, сопровождающихся тревогой, двигательное возбуждение в пределах постели, речь бессвязная. Через несколько дней нарушения сознания углубляется в оглушения, сомнолентности, сопору, а в тяжелых случаях - до комы. Значительные нарушения возникают в неврологической и соматической сферах: глазодвигательные нарушения, рефлексы орального автоматизма, гиперкинезы,

нарушения мышечного тонуса, вегетативные расстройства, признаки пирамидной недостаточности, трофические поражения. Больные очень истощены, выглядят старше своих лет, обезвоженные, температура

тела 37-38 ° С, тахикардия, аритмия, дыхание учащенное, артериальное давление сначала немного повышен, а потом резко снижается, в крови - лейкоцитоз.

Летальный исход наступает в середине или в конце второй недели. Психоз, не

приводит к .смерти, длится 3-6 нед. Нормализация сна является ранним признаком выздоровления.

Результат АЭ Гейне-Вернике →психоорганический синдром, у м. -псевдопаралич, у ж. - синдром Корсакова.  
**Хронические АЭ:**

-Психоз Корсакова (40-50 лет. +), после тяжелых делириев или энцефалопатии

Гейне-Вернике. Клиника: синдром Корсакова (амнестический): *амнезия*

*(Фиксационная и ретроградная), псевдореминисценции, конфабуляции, амнестической дезориентация.*

Пожилые: адинамические, вялые, гипобулические; молоды - более живые,

подвижные, пытаются чем-то заняться. К дефекту памяти критика сохранена и больные

пытаются скрыть его с помощью различных приемов. 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(пред-терапия) :Фенобарбитал + вода + этиловый спирт.

-Механическая фиксация

Психотропные средства : Седуксен 2-3 раза в сутки, Аминазина или Тизерцина. Обязательно добавляются витамины В – Аэровит, Компливит, Центрум по 1 драже в день.

При алкогольных галлюцинациях с ярко выраженными вегетативными расстройствами - инфузионная терапия.

Психотропные стредства: Галоперидол, Тизерцин, Стелазин.   
Витамины: В, 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.   
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 или наркологические центры.

Они осуществляют меры по социальному восстановле­нию выздоравливающих больных и лечению психических, общесоматических и неврологических осложнений основного заболевания.

Принципы:

-Прием больных в центр осущест­вляется по направлению наркологических учреждений (кабине­тов).

-Добровольное письменное согласие.

-При поступлении с больным за­ключается договор.

-Конфидициальность.

-Продолжительность пребывания на реабилитации оп­ределяется физическим и психическим состоянием больного, его социальным статусом, достигнутыми результатами и со­глашением между пациентом и учреждением.

Задача - закрепление терапевтического успеха, достигнутого в 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 и дифференцированной и направленной:

1) на первичную профилактику;

2) на диагностику, неотлож­ную помощь, лечение;

3) на вторичную профилактику (предупреждение и купирование рецидивов у больных алкоголизмом) и реабилита­цию.

***87. Методы лечения алкоголизма.***

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

Этапы терапии:

I этап - лечение острых и подострых болезненных проявлений, возникающих из

алкогольную интоксикацию (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.

Первому этапу терапии должно предшествовать полное прекращение употребления алкоголя, так как

постепенное снижение доз больной переносит тяжелее.

Для стойкого отвращения к алкоголю применяют условнорефлекторную,

сенсибилизирующие терапию и психотерапию.

Отрицательная (рвотное) реакция на вид, запах и вкус алкоголя с помощью

условно-рефлекторной терапии (УРТ). Закрепление терапии → рвотные

средства, чаще → апоморфин.

Кроме апоморфина → : эметин, барашек, тимьян.

VS Патологическое влечение к алкоголю → сенсибилизирующая терапия → создание химического барьера → физически невозможное потребление алкоголя.

Сенсабилизирующая терапия - антабус (тетурам, дисульфирам, эспераль), метронидазол (флагил, трихопол),

фурадонин, фуразолидон.

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

Профилактика алкоголизма. 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.

Третичная профилактика - это задержка развития грубых, необратимых нарушений в случае

алкоголизма.