

Психические и поведенческие
расстройства,
связанные с употреблением
психоактивных веществ.
Алкоголизм.

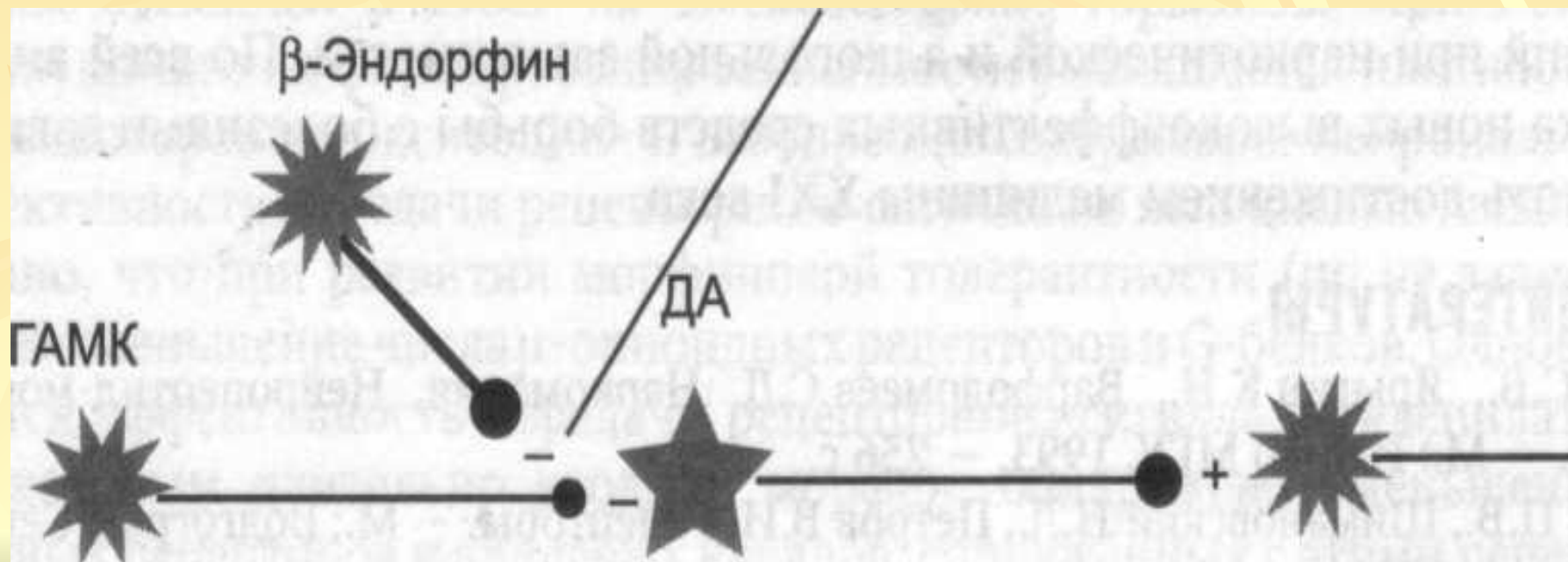
Преподаватель Чивилёва О.А.

Дисциплина – «Психические болезни с курсом
наркологии»

Клиническая характеристика психоактивных веществ (ПАВ)

Психоактивное вещество - вещество природного или синтетического происхождения, оказывающее воздействие (седативное, галлюцинаторное, активизирующее) на психику

Общее свойство ПАВ — способность вызывать положительное подкрепление.



Аддиктивное поведение —

злоупотребление психоактивными веществами (включая алкоголь и алкалоиды табака) до формирования синдрома физической зависимости.

Общая психопатология Наркологических заболеваний (симптомы и синдромы наркологических заболеваний)

- **СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ** — основа клинической картины наркологических заболеваний — включает несколько признаков.

Структура синдрома зависимости (согласно МКБ-10):

- сильное желание принять ПАВ или чувство непреодолимой тяги к ним;
- сниженная способность контролировать начало или окончание приёма вещества или его дозу,
- состояние отмены или абстинентный синдром (АС), возникающее при прекращении приёма ПАВ или уменьшении дозы. расстройств или использование того же или сходного ПАВ с целью облегчить или предупредить развитие симптомов отмены;
- повышение толерантности к действию принимаемого ПАВ, заключающееся в необходимости увеличивать его дозу для достижения опьянения или желаемых эффектов (при постоянном приёме одной и той же дозы вещества пациент отмечает явное ослабление эффекта);
- прогрессирующее пренебрежение альтернативными интересами и удовольствиями, сужение «репертуара» потребления, т.е. тенденция принимать вещество при любых обстоятельствах, даже при препятствующих социальных факторах;
- продолжающееся употребление вещества, вопреки явным признакам вредных последствий (побочные эффекты), причём фактически или предположительно понимаются природа и степень вреда.

■ СИНДРОМ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К ПСИХОАКТИВНЫМ ВЕЩЕСТВАМ:

- Идеаторные компоненты патологического влечения к ПАВ (относят разнообразные, но в целом типичные для того или иного клинического варианта влечения точки зрения, убеждения, размышления, воспоминания, сомнения.):
 - убеждённость в необходимости принимать вещество
 - отрицание или преуменьшение собственного пьянства, игнорирование очевидных фактов
 - противоречивость суждений о сложившейся ситуации
 - тенденцию путать причины и следствия
 - сомнения, колебания
 - поиски компромиссов в вопросах пьянства и трезвости
 - размышления о неизбежности пьянства (пассивное и покорное отношение к пороку);
 - горькое сознание своей неспособности противостоять тяге к алкоголю или наркотику
 - констатация наличия тяги, порой даже указание её «локализации».

Поведенческие компоненты патологического влечения к ПАВ (поступки)

- Смакование тематики ПАВ в беседах,
- стремление уклониться от лечения
- недовольство больничным режимом
- враждебность и оппозиционность к лицам, «навязывающим» трезвость
- эксперименты» с ПАВ
- непоседливость,
- суетливость,
- рассеянность
- показной пафос в осуждении пьянства
- просьбы о назначении дополнительного лечения,
- наркотические сновидения.

Эмоциональные компоненты патологического влечения к ПАВ :

- дисфорические расстройства разной тяжести — от ворчливости, недовольства, угрюмости до напряжённости, подавленности, ощущения внутреннего дискомфорта, «взрывчатости», агрессивности.
- хмурый вид,
- необщительность
- бездеятельность
- неряшливость,
- жалобы на скуку и однообразие жизни,
- на безразличие к окружающему
- ощущение беспомощности, напряжённое ожидание надвигающегося «срыва»;
- пациент «не находит себе места»:
- беспокоен и назойлив, капризен; сомневается в эффективности лечения, плохо спит.
- эмоциональная лабильность
- чувство одиночества.

Вегетативные компоненты патологического влечения к ПАВ:

- мимические реакции: заметное оживление, блеск глаз, покраснение или побледнение лица, саливация, глотательные движения, облизывание губ при вполне конкретном упоминании ПАВ или разговоре о них.
- неустойчивый, повышенный или уменьшенный аппетит;
- сухость во рту,
- жажда, слабость,
- сердцебиение,
- спазматические ощущения в груди.
- ноющие боли в области живота.

ПЕРВИЧНОЕ и ВТОРИЧНОЕ патологическое влечение к психоактивным веществам.

- **Первичное влечение** возникает на фоне более или менее продолжительного воздержания от ПАВ при отсутствии признаков интоксикации веществом (предмет пристрастия); первичное влечение «ответственно» за начало потребления ПАВ.
- **Вторичное влечение** возникает под влиянием уже принятого ПАВ: в периоде опьянения (в случае алкогольной зависимости) или в периоде абстинентных расстройств, возникающих при прекращении употребления ПАВ . Вторичное влечение «отвечает» за неспособность больного удержаться от дальнейшего употребления ПАВ
- **АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ (АС)(синдром отмены вещества)-** группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, возникающих при полном прекращении приёма вещества или снижении его дозы после неоднократного, обычно длительного и/или в высоких дозах употребления данного вещества.
- **СИНДРОМ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕГРАДАЦИИ** -специфические изменения личности, сопровождающиеся социальной дезадаптацией (бегство, агрессия, оборона)

СИНДРОМЫ НАРУШЕНИЯ САМОСОЗНАНИЯ И СОЗНАНИЯ БОЛЕЗНИ.

- *Расстройства сознания* -нарушение ориентировки в собственной личности, месте и времени; способности правильного восприятия; способности к интеграции полученной информации и её переработке и, возможности организации целенаправленной деятельности
- *Расстройства самосознания* -деперсонализация, переживания отчуждения, анозогнозии.

Структура синдрома анозогнозии:

- Тенденция скрыть болезнь (отрицание симптомов болезни): отрицание и преуменьшение болезни (полное или частичное; отнесение
- болезни к прошлому; искажение анамнеза; признание болезни в общем, но утаивание деталей);
- «зашторивание», «маскировка» алкоголизма или наркомании физическими или неврологическими расстройствами;
- «рационализация» болезни или система «объяснений».
- Переживание вреда болезни. В большинстве случаев больные признают наличие какой-либо патологии, однако далеко не всегда связывают её с приёмом ПАВ..
- Отношение к лечению. Со стороны пациента наблюдают различные варианты отношения к лечению: вынужденная заинтересованность; безразличие к лечению; пассивный протест против него; активное сопротивление.

ПОВЫШЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ (синдром изменённой реактивности) - как диагностический критерий болезней зависимости.

- Компоненты синдрома (утрата количественного контроля, изменение формы опьянения)

- **АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

Фармакологические и токсикологические действия ПАВ

- **Алкоголь** (этиловый спирт, этанол, метилкарбинол, винный спирт) — одно атомный алифатический спирт; молекулярная масса 46,069; температура кипения 78,39 °С.
- Этанол — действующий компонент алкогольных напитков. В небольших количествах его содержат и безалкогольные напитки, получаемые брожением: кефир (0,12-0,2%); кумыс (1-3%); квас (0,8-1,2%); безалкогольное пиво (0,5%).

- **Ф-Воздействие на организм**

- **Анксиолитическое действие** (блокада тревоги и депрессии):

- повышение коммуникабельности; мобилизация внимания, восприятия, координации движений, устранение тремора и др

- **Возбуждающее и угнетающее действие**

- **Сосудорасширяющее действие и влияние на терморегуляцию** (дилатация мелких кровеносных сосудов кожи и подкожной клетчатки; покраснение лица; инъекция склер; повышение температуры кожных покровов;

- увеличение теплоотдачи (субъективно воспринимается как ощущение тепла) и снижение температуры тела.

- **Стрессорное действие** (увеличение частоты сердечных сокращений; увеличение ударного и минутного объема сердца; повышение АД.

- **Антиоксидантное действие** (профилактическое влияние при воздействии ионизирующей радиации

- **Т-воздействие на организм:**

Нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта

Токсическая энцефалопатия

Нарушения водно-электролитного баланса

Нарушения кровообращения

Токсическая алкогольная нефропатия

Токсическая алкогольная гепатопатия

Алкоголизм –

хроническое психическое заболевание

аддиктивного круга, проявляющееся тремя основными симптомами:

- болезненным влечением к алкоголю,
- систематическим злоупотреблением алкоголем и
- алкогольной зависимостью.

хроническое нервно-психическое заболевание,

протекающее с психической и физической зависимостью и приводящее к алкогольной деградации.

Алкогольная болезнь –

совокупность психических, неврологических и висцеральных расстройств, развивающихся вследствие злоупотребления алкоголем.

Прямое влияние злоупотребления алкоголем на смертность населения.

- Острое отравление алкоголем и его суррогатами
- Несчастные случаи и преступления, обусловленные алкогольным опьянением (дорожные происшествия, пожары и другие катастрофы, бытовые убийства)
- Суициды, совершаемые в состоянии алкогольного опьянения

Непрямое влияние злоупотребления алкоголем на смертность населения

- Сосудистые катастрофы
- Алкогольный панкреатит
- Летальные исходы алкогольного цирроза печени
- Канцерогенез
- Общее ухудшение здоровья и сокращение продолжительности жизни

Формы употребления спиртных напитков.

- Абстинент (не более чем 100 г вина 2 — 3 раза в год);
- Случайное употребление алкоголя (от 1 раза в 2 — 3 мес. до 1 — 2 раз в месяц, обычно не более 50—150 г в пересчете на водку);
- Умеренное употребление алкоголя (1 — 4 раза в месяц от 100 до 300 г водки);
- Систематическое пьянство (200 — 400 г водки 1 — 2 раза в неделю);
- Привычное пьянство (300 — 500 г водки 2 — 3 раза в неделю и более), являющееся стадией предболезни.

Факторы риска развития алкоголизма.

- 1) психопатические личности (не патология, но и не гармония);
- 2) наследственность;
- 3) контакт со спиртным (легкодоступность);
- 4) психотравмирующие ситуации.

Мотивы употребления алкоголя.

- Поиск новых ощущений
- Приверженность традиции
- Пассивное следование примеру окружающих
- *Стремление к получению удовольствия*
- *Желание избавиться от психофизического дискомфорта*

Подкрепляющие эффекты алкоголя и других ПАВ.

- Положительное подкрепление
(*positive reinforcement*) – способность вещества доставлять удовольствие благодаря воздействию на «систему награды» (reward system)
- Отрицательное подкрепление
(*negative reinforcement*) – способность вещества устранять психический или психофизический дискомфорт

Обычное опьянение, или острая алкогольная интоксикация.

- Легкая степень - 0,5-1,5% алкоголя в крови,
- Средняя степень - концентрация алкоголя в крови 1,5—2,5%.
- Тяжелая (глубокая) степень опьянения - концентрация алкоголя в крови 2,5-3% (при 5% алкоголя в крови — летальный исход).

Легкая степень опьянения.

- гиперемия кожи, эйфория (дисфория), расторможенность, словоохотливость; сознание сохранено.
- изо рта появляется нерезкий запах алкоголя (может быть кратковременный), походка четкая, сознание ясное.
- речь осмысленная, оживленная (лишь моментами может быть сбивчивой), мышление ускоренное, в поведении чувствуется легкое возбуждение.
- вследствие ослабления процессов торможения коры головного мозга повышаются аппетит, примитивная эмоциональность и сексуальность.
- при осмотре в позе Ромберга — норма (может быть легкое пошатывание), в пробе с приседаниями с закрытыми глазами также лишь легкое пошатывание.
- на запах нашатырного спирта реакция нормальная, зрачки обычные (могут быть слегка расширены), нистагм отсутствует.

Средняя степень опьянения.

- дизартрия, спутанность речи, раздражительность и неадекватность поведения.
- изо рта явный запах алкоголя,
- походка шаткая,
- может наступить дезориентировка в окружающем с потерей контроля над собственным поведением (нецензурная брань, грубая сексуальность, открытое отправление физиологических потребностей).
- речь стереотипна, с персеверацией (бессмысленное, навязчивое повторение слов, фраз, движений), артикуляция смазана.
- темп мышления снижен, ассоциации однообразны, застойные.
- мышечный тонус снижен, поэтому человек становится вялым, болевые реакции ослабляются,
- на нашатырный спирт реакция снижена.
- в позе Ромберга и в приседании с закрытыми глазами — резкое пошатывание.
- может быть легкий нистагм.

Тяжелая (глубокая) степень опьянения.

- расстройство сознания и отсутствие контакта с человеком (внимание можно привлечь, но с большим трудом).
- человек не может держаться на ногах, что-то бормочет, не реагирует ни на боль, ни на запах нашатырного спирта.
- характерны мидриаз и нистагм.
- кожа бледная и холодная,
- могут наступить алкогольная кома и смерть от паралича дыхательного центра.

Патологическое опьянение.

- редко встречающееся кратковременное (минуты, иногда — часы) острое психотическое состояние.
- это мгновенное глубокое нарушение сознания по типу сумеречного расстройства, которое так же внезапно обрывается и переходит в сон, с последующей частичной или полной амнезией.
- чаще бывает от приема небольшого количества алкоголя, иногда может наступить в средней степени опьянения (не коррелирует с дозой спиртного, это не пьяный, а больной).

Причины патологического опьянения.

- бессонница в течение нескольких дней (недель),
- напряженный график работы,
- период реконвалесценции после инфекций,
- перенесенные интоксикация,
- черепно-мозговая травма.

Формы патологического опьянения.

- сумеречная,
- галлюцинаторно-параноидная,
- делириозная,
- маниакальная.

Клиника патологического опьянения.

- Человек внешне полностью координирован, производит точные целенаправленные действия (может передвигаться в общественном транспорте), и лишь отрешенное, выражение лица может обратить на себя внимание окружающих.
- Поведение такого человека обуславливается чувством тревоги и страха, возникающих на фоне бреда и галлюцинаций.
- Иногда это проявляется в бессмысленном нападении, что делает таких людей социально опасными.

Синдром алкогольной зависимости по МКБ-10

- Сильное желание употребить алкоголь
- *Затрудненный контроль употребления*
- Упорное продолжение употребления, несмотря на пагубные последствия
- Предпочтение употребления другим видам деятельности
- Иногда – состояние отмены

Протекание алкоголизма в зависимости от возрастной категории.

- 1) у подростков отсутствует эйфория, вместо нее сразу появляется дисфоричность и нарушается поведение, в дальнейшем алкоголизм протекает тяжело;
- 2) у пожилых людей алкоголизм протекает легче (чем позже начинает злоупотреблять алкоголем человек, тем легче его течение);
- 3) у женщин алкоголизм протекает тяжело, сложно лечится и быстро приводит к деградации.

Основные симптомы алкоголизма.

1) психическая зависимость от спиртного.

- Все время навязчиво думает о выпивке, вся жизнь подчинена этому, вся жизнь тусклая и неинтересная, и только алкоголь делает ее радостной;

2) исчезновение контроля сначала количественного, затем ситуационного.

- Пьют там, где нельзя, и столько, сколько нельзя;

3) изменение толерантности (способности переносить спиртное):

- а) нарастает доза для получения одного и того же эффекта;
- б) плато толерантности (устанавливается какой-то уровень);
- в) интолерантность (больной не может переносить даже небольшие дозы, переходит к винам и пьянеет от минимальных доз);

4) абстинентный синдром, синдром отмены, или похмелье (синдром физической зависимости):

- а) внутренняя дрожь или крупноразмашистый тремор;
- б) головные боли, неприятные ощущения в области сердца;
- в) дисфория (тоска со злобой и агрессивностью)

Эти симптомы появляются в случае уменьшения дозы алкоголя или после прекращения его приема.

Непостоянные симптомы алкоголизма.

- 1) палимпсесты (амнестическая форма опьянения) — больной забывает, что с ним было в момент опьянения, хотя был в это время в ясном сознании;
- 2) употребление спиртосодержащих жидкостей;
- 3) отсутствие защитного рвотного рефлекса;
- 4) пьянство в одиночку.

Типы течения алкоголизма.

- Непрерывный
- Рецидивирующий
- Запойный
- С ранним началом и злокачественным течением
- С началом в молодом и среднем возрасте
- С поздним началом

Мишени неблагоприятного влияния этанола, его метаболитов и промежуточных факторов

- Нервная система
- Печень
- Поджелудочная железа
- Сердечно-сосудистая система
- Другие органы и системы (желудочно-кишечный тракт, железы внутренней секреции и пр.)

Стадии алкоголизма
по А.А. Портнову (1959; 2004)

I. Начальная

(«невротическая»)

II. Средняя

(«наркоманическая»)

III. Исходная

(«энцефалопатическая»)

I стадия — стадия ранних симптомов алкоголизма (длится 5-6 лет).

- Появляется психическая зависимость, которая проявляется в потере ситуационного контроля.
- человек забывает о работе, о приличиях, есть только жажда эйфории, стремление избавиться от каких-то проблем.
- Меняется характер влечения - влечение к алкоголю становится навязчивым (застойным, доминирующим).
- Повышается уровень толерантности к алкоголю (растет доза выпитого алкоголя).
- Исчезает защитный рвотный рефлекс.
- Периодически возникают палимпсесты.
- Главное — нет похмельного синдрома (есть астения, но нет тяги к похмелью).
- Астенический синдром - отсутствие желания трудиться, мнительность, ипохондрия (появляются масса жалоб на недомогание, неприятные ощущения в различных органах), бессонница (однако утром они не чувствуют, что не выспались), общая слабость.

II стадия — выраженный алкоголизм (длится 10—15 лет).

- Появляется физическая зависимость (похмельный синдром, или абстиненция), когда больной не может не выпить.
- Растёт толерантность, достигает «плато» и держится на максимально высоком уровне.
- Происходят изменения на уровне гуморальной регуляции, на отмену алкоголя развиваются неприятные ощущения: головная боль, слабость, тошнота (иногда рвота во время похмелья), невозможность принять пищу, крупноразмашистый тремор, дисфория (тоскливо-злое настроение), депрессия, потеря работоспособности до тех пор, пока больной не похмелится.

Истинные запои и псевдозапой.

Истинный запой характеризуется следующими обстоятельствами:

- выход из запоя возможен только при падении толерантности к алкоголю (т.е. неспособностью организма усваивать и перерабатывать полученное спиртное);
- выход из запоя, как правило, с помощью врача.

Медицинскими критериями для постановки диагноза псевдозапой в нашей стране принято считать:

- относительно недолгую длительность запойных состояний;
- выход из запоя, осуществляемый под влиянием внешних причин и обстоятельств (отсутствие денег, конфликты в семье, необходимость выхода на работу), и чаще самостоятельно.

Абстинентный синдром.

Соматовегетативные нарушения при абстинентном синдроме (держатся 1—2 суток):

- 1) гиперемия лица, верхней половины туловища;
- 2) потливость, озноб;
- 3) жажда;
- 4) тахикардия, артериальная гипертензия;
- 5) головокружение, боль в области сердца;
- 6) высокий диурез, диспепсия.

Неврологические симптомы:

- 1) тремор конечностей;
- 2) периферические судороги;
- 3) боли по ходу нервных стволов;
- 4) потеря памяти (амнезия на отдельные эпизоды опьянения).

Изменения психики:

- 1) бессонница;
- 2) тревога, беспокойство, настороженность;
- 3) чувство вины, идеи самоуничужения (терзают себя угрызениями совести);
- 4) суицидальные мысли и действия.

III стадия (алкогольная деградация).

- органические изменения всех органов, проявляющиеся в стойкой сердечной недостаточности, снижении иммунитета, появляются цирроз печени, энцефалопатия.
- Эйфории больше нет, а доза алкоголя все время уменьшается.
- Больные крайне асоциальны, тяга к алкоголю на уровне сверхценных идей.
- Лицо сморщенное (старение), под глазами синюшные круги (особенно у женщин).
- Больные либо легкомысленны и неряшливы, либо пребывают в депрессии и дисфории.

```
graph TD; A[Алкогольная деградация] --- B[Физическая]; A --- C[Психическая]; A --- D[Социальная]
```

Алкогольная деградация

Физическая

Психическая

Социальная

- *Психическая деградация* — больные становятся необязательными, поверхностными, хвастливыми, фамильярными и грубыми.

Характерен алкогольный юмор: высмеивают чужие недостатки, отпускают злые шутки, вызывающие досаду и неловкость.

- *Социальная деградация* — отсутствие семьи, бродяжничество.

Физическая деградация.

- 1) гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;
- 2) гипертоническая болезнь, повторные инсульты, безболевые инфаркты;
- 3) угнетение сперматогенеза (импотенция);
- 4) поражения головного мозга:
 - а) церебрастения (процесс деградации мозга на этой стадии обратим):
 - — истощаемость клеток головного мозга, в результате чего нарушается сосредоточенность внимания, а если для этого делается волевое усилие, то появляется головная боль;
 - — раздражительность;
 - — поверхностный сон;
 - б) энцефалопатия (необратимое состояние):
 - — лакунарная деменция;
 - — дисфория (злобность, агрессивность);
 - — постоянные головные боли;
 - — упорная бессонница;
 - — потеря веса;
 - — разность глазных щелей, девиация языка вправо-влево, пошатывание в позе Ромберга, разность носогубных складок.

Пересчёт дозы спиртного.

- 1 г абсолютного алкоголя (АА) = 2,5 г водки
- 1 г абсолютного алкоголя (АА) = 17-25 г пива

Гепатотоксическое действие этанола.

- Ежедневное потребление 20 г абсолютного алкоголя (АА) для женщин и 60 г АА для мужчин может привести к поражению печени
- Систематическое потребление 40-60 г АА (1 л пива) по всех случаях сопровождается поражением печени
- Употребление 70 г АА (175 г водки) в течение нескольких дней приводит к развитию жирового гепатоза

Гепатотоксическое действие

этанола.

- Каждый десятый пациент клиники внутренних болезней обнаруживает симптомы алкогольного поражения печени и других внутренних органов
- По распространенности и медико-социальному значению алкогольное поражение печени занимает второе место после вирусных гепатитов
- В США вследствие печеночной недостаточности в терминальной стадии алкогольного цирроза печени ежегодно умирает около 20.000 человек. 41 % смертей от цирроза печени в США приходится на цирроз алкогольной этиологии

Формы алкогольного поражения печени.

- Алкогольная жировая дистрофия (гепатостеатоз)
- Острый алкогольный гепатит
- Алкогольный фиброз печени
- Алкогольный цирроз печени

Алкогольное поражение поджелудочной железы.

- Острый алкогольный панкреатит
- Хронический алкогольный панкреатит (ультрасонографические признаки: увеличение размера железы, повышение эхогенности, неоднородность паренхимы, неровность контуров)
- Снижение толерантности к углеводам и сахарный диабет

Поражение сердца и сосудов у лиц, злоупотребляющих алкоголем.

- Артериальная гипертензия и тахикардия
- Нарушения сердечного ритма
- «Синдром праздничного сердца» («holiday heart syndrome»)
- Сосудистые катастрофы (инсульт, острый инфаркт миокарда)
- Алкогольная кардиомиопатия

Алкогольная болезнь мозга – единый патологический процесс, обусловленный церебральными нарушениями вследствие злоупотребления алкоголем, отличающийся выраженным клиническим многообразием и проявляющийся психопатологической и неврологической симптоматикой

Клинические формы алкогольной болезни мозга

- Синдром отмены алкоголя
- Алкогольные (металкогольные) психозы
- Алкогольные энцефалопатии и алкогольное слабоумие
- Умеренные и субклинические когнитивные нарушения
- Судорожные припадки

Когнитивная дисфункция у больных алкоголизмом

Когнитивные расстройства служат облигатным проявлением металкогольного поражения ЦНС и развиваются у всех лиц, злоупотребляющих алкоголем, составляя континуум от легкого обратимого когнитивного дефицита до выраженного слабоумия

Главные факторы патогенеза алкогольной болезни мозга

- Алиментарный дефицит тиамина и других витаминов, а также электролитов и белков («алиментарный фактор»)
- Снижение содержания ГАМК в ткани мозга
- («ГАМКергический фактор»)
- Экситотоксические эффекты глутамата («глутаматергический фактор»)

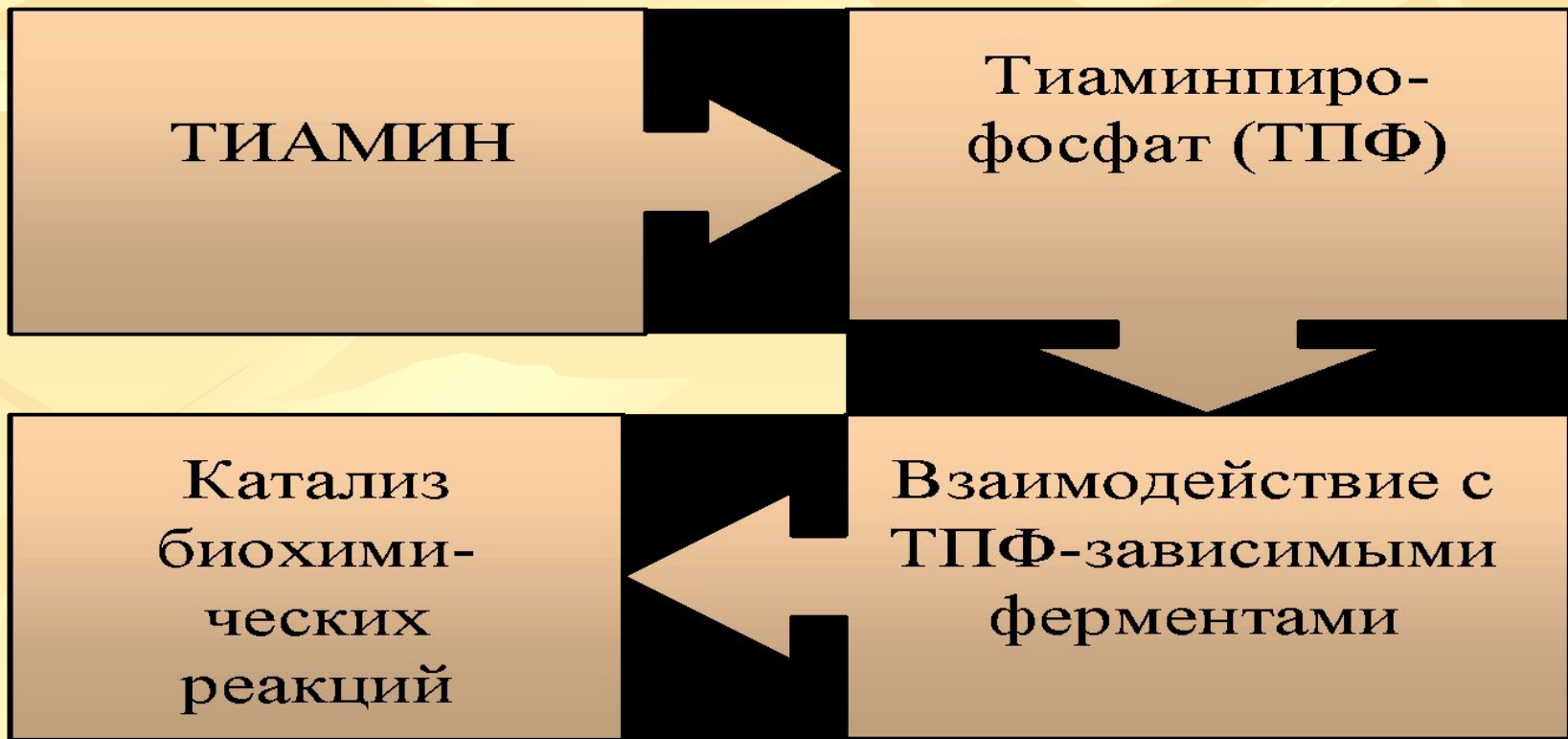
Дополнительные факторы патогенеза алкогольной болезни мозга

- Прямое нейротоксическое действие этанола и его метаболитов
- Нарушение синтеза и метаболизма моноаминов и ацетилхолина
- Повышение проницаемости гематоэнцефалического барьера
- Поражение печени и снижение ее функции

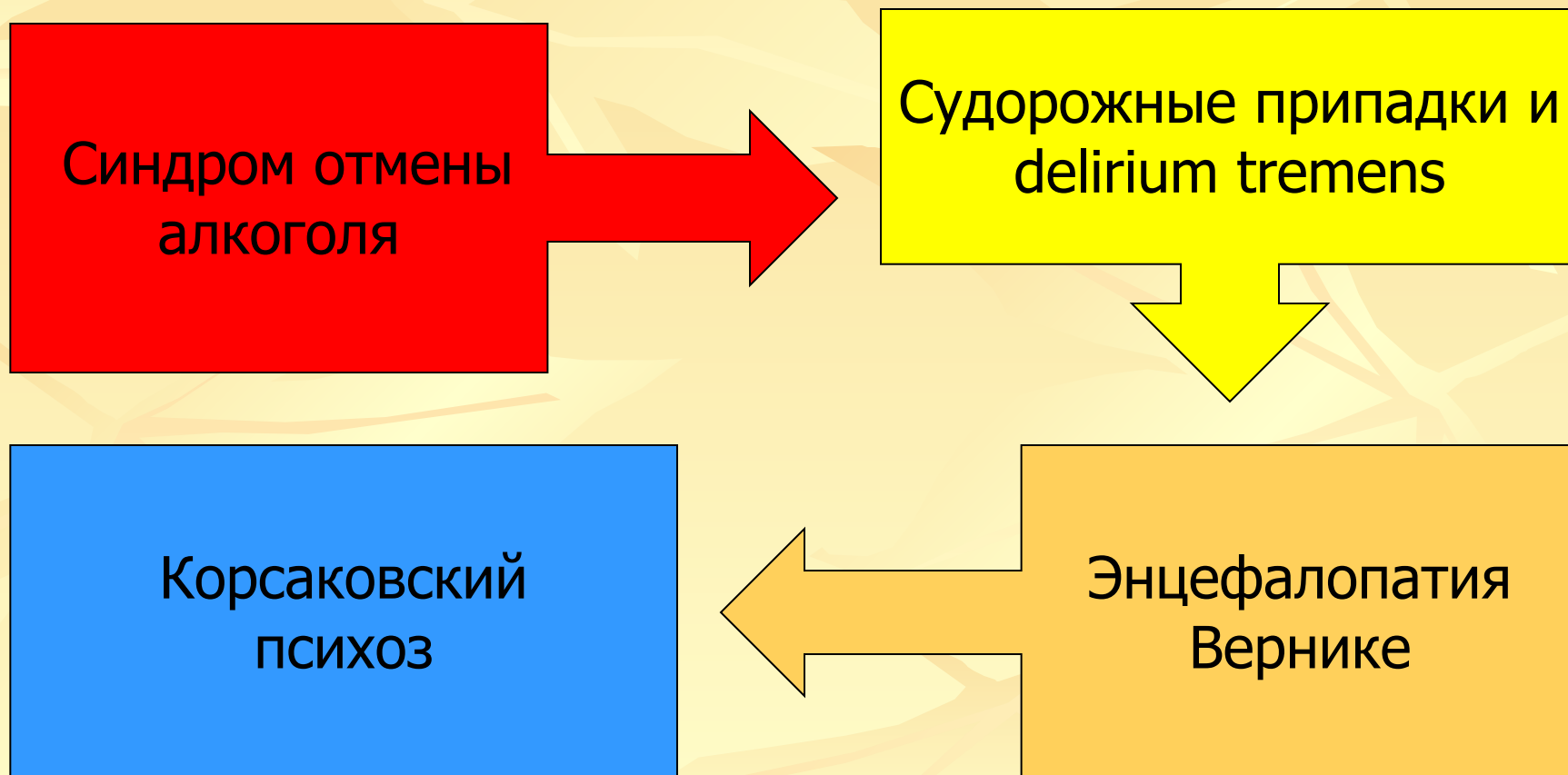
Причины алиментарного дефицита у больных алкоголизмом

- Недостаточное поступление необходимых веществ с пищей в связи с изменением структуры питания
- Нарушение кишечного всасывания компонентов пищи (синдром мальабсорбции)
- Ферментативная недостаточность

Метаболическая роль тиамина (витамина В1)



Типичные стадии неблагоприятного развития металкогольного церебрального процесса



Неотложные состояния у больных алкоголизмом.

- Алкогольное отравление
- Синдром отмены алкоголя
- Судорожные припадки и эпилептический статус
- Алкогольный делирий
- Острая алкогольная энцефалопатия
- Суицидальная активность

Неотложные состояния у больных алкоголизмом.

- Острый алкогольный гепатит
- Острый алкогольный панкреатит
- Нарушения сердечной функции: острый коронарный синдром и инфаркт миокарда; нарушения ритма; гипертонический криз; упадок сердечной деятельности

Неотложные состояния у больных алкоголизмом.

- Инсульт
- Алкогольная гипогликемия
- Внутричерепная гематома
- Синдром Мэллори-Вейсса и другие причины кишечного кровотечения
- Ятрогенные состояния

Медико-социальная значимость проблемы алкогольных психозов

- Выраженное соматоневрологическое отягощение и высокая (для психиатрической клиники) частота летальных исходов
- Частая утрата трудоспособности у больных, перенесших алкогольный психоз
- Возможность совершения больными общественно опасных действий
- Нередкая манифестация психоза у пациентов общей клинической сети

Эпидемиология алкогольных психозов.

- Заболеваемость определяется уровнем потребления алкоголя в популяции
- Психозы развиваются в 10 % случаев систематического злоупотребления алкоголем
- Средняя продолжительность злоупотребления алкоголем – 5-10 лет

Эпидемиология алкогольных психозов.

- У мужчин – в 4-7 раз чаще, чем у женщин
- Наиболее часто – у мужчин 30-50 лет
- Заболеваемость подвержена сезонным колебаниям, пик в России – в весенне-летний период,
- Преобладающая форма – алкогольный делирий
(не менее 75 % от всех алкогольных психозов)

Систематика алкогольных психозов

- *Алкогольный делирий*
- Острый алкогольный галлюциноз
- Хронический алкогольный галлюциноз
- Алкогольный параноид
- Алкогольный бред ревности
- Алкогольные психозы сложной психопатологической структуры

Систематика алкогольной энцефалопатии

- Энцефалопатия Вернике
- Митигированная энцефалопатия
- Молниеносная (фульминантная) энцефалопатия
- Корсаковский психоз
- Алкогольный псевдопаралич
- Редкие формы алкогольной энцефалопатии

Редкие формы алкогольной энцефалопатии

- Энцефалопатия с картиной бери-бери
- Алкогольная пеллагра
- Алкогольная амблиопия
- Энцефалопатия, обусловленная стенозом верхней поллой вены
- Алкогольная мозжечковая атрофия
- Болезнь Маркиафавы-Биньями
- Центральный миелиноз моста
- Ламинарный корковый склероз Мореля

Патогенез острых алкогольных психозов.



Типология алкогольного делирия

- Абортивный делирий
- «Делирий без делирия»
- Гипнагогический делирий
- Фантастический делирий
- Делирий с ониризмом
- Онейроидный делирий

Типология алкогольного делирия.

- Параноидный делирий
- Делирий с вербальным галлюцинозом
- Систематизированный делирий
- Хронический делирий
- Профессиональный делирий
- Мусситирующий делирий

Наиболее значимые варианты алкогольного делирия.

- Абортивный делирий
- Типичный (классический)
делирий
- Тяжело протекающий делирий

Этапы развития алкогольного делирия

1.Инициальный этап

2.Иллюзорный этап

3.Галлюцинаторный этап

4.Этап обратного развития

Инициальный этап:

- астения,
- гиперестезия,
- говорливость,
- суетливость,
- наплывы воспоминаний,
- страх, тревога, усиливающиеся к вечеру;
- расстройства сна с кошмарными сновидениями,
- бессонница,
- вегетативные нарушения (гипергидроз, сердцебиение).

Иллюзорный этап:

- выраженная астения,
- отвлекаемость внимания,
- гиперестезия переходит в светобоязнь,
- напряжение аффекта страха,
- элементарные слуховые и зрительные (реже тактильные и вестибулярные) иллюзии и галлюцинации (шумы, звонки, стуки, оклики, звуки музыки),
- люцидные окна.

Галлюцинаторный этап:

- галлюцинаторное помрачение сознания (нарушение аллопсихической ориентировки, мышления, осмысления вопроса, парциальная амнезия);
- яркие образные, сценоподобные, устрашающие галлюцинации,
- резкое психомоторное возбуждение.

- *На фоне делирия* могут развиваться обострения хронических заболеваний печени, сердца, легких.
- *Делирий продолжается 3-5 дней.*
- При этом сознание просветляется днем, помрачение начинается ночью.
- Выздоровление наступает критически, после глубокого сна.

Алкогольный
галлюциноз

Острый –
несколько
дней
(на фоне ясного
сознания –
слуховые
галлюцинации)

Подострый
(несколько
месяцев)

Хронический
(на всю жизнь)

Алкогольный параноид

Острый

на фоне похмелья,
через 5-8 лет после
начала злоупотребления
алкоголем,
ведущий симптом –
бред преследования

Хронический –

затяжное течение,
возраст 45-55 лет,
самое частое
содержание бреда - ревность

Распознавание злоупотребления алкоголем в общей клинической практике.

- Запах алкоголя (обнаруживается не всегда)
- Специфическая гиперемия лица (обнаруживается не всегда)
- Коммуникативные особенности – повышенная общительность, говорливость, фамильярность
- Клинические и лабораторные признаки поражения печени и поджелудочной железы
- Гигантский паротит («лицо хомячка»)
- Признаки дисфункции половых гормонов
- Когнитивные нарушения у лиц, не достигших пожилого возраста

Распознавание злоупотребления алкоголем в общей клинической практике.

- Симптом «красной росы»
- Периферическая полиневропатия
- Артериальная гипертензия и тахикардия
- Эмоциональная лабильность с тревогой и раздражительностью
- Нарушения сна
- Судорожные припадки
- Психомоторное возбуждение, нарушения ориентировки и восприятия (продромальные симптомы делирия)
- Внутрибольничное употребление алкоголя

Критерии диагностики алкоголизма по DSM-IV, с изменениями

- Толерантность
- Синдром отмены
- Постоянное желание или неудачные попытки уменьшить употребление алкоголя
- Употребление алкоголя в больших, чем поначалу предполагалось, дозах

Критерии диагностики алкоголизма по DSM-IV, с изменениями.

- Нарушения социальной и профессиональной деятельности, а также деятельности, направленной на отдых и развлечения
- Затрата большого количества времени на употребление алкоголя
- Продолжение употребления алкоголя, несмотря на возникающие проблемы

Лабораторные маркеры злоупотребления алкоголем

- Повышение сывороточной активности ГГТ, АСТ, АЛТ и ЩФ
- Соотношение АСТ и АЛТ как 2 : 1
- Макроцитоз (МСV > 90)
- Повышение сывороточного уровня билирубина

Причины низкой курабельности лечения алкоголизма

- Недостаточная мотивация больных к лечению и излечению
- Фармакорезистентность влечения к алкоголю (как и других аддиктивных влечений)

ЭТАПНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА.

Задачи лечения:

- устранение нарушений в психической и эмоциональной сферах;
- подавление болезненного влечения к алкоголю с выработкой отвращения к спиртным напиткам;
- выработка установки на трезвость одновременно с социально-семейными реабилитационными мероприятиями.

- **Первый этап** - купирование острых явлений алкогольной интоксикации и абстиненции, нормализация психического состояния (ликвидация нарушений сна, расстройств настроения и пр.), терапия сердечно-сосудистых и неврологических нарушений. Одновременно устанавливается психотерапевтический контакт с пациентом, создается установка на лечение.

Длительность данного этапа от 3 до 15 дней.

- **Второй этап** - использование активной противоалкогольной терапии, направленной на подавление влечения к спиртному. Это сочетается с психотерапией, направленной на выработку установки на трезвость. Задачи данного этапа можно считать выполненными, если при проведении алкогольных проб возникает выраженная вегетативно-сосудистая реакция.

Продолжительность данного этапа 1—2 месяца.

- *Третий этап* -продолжение психотерапевтического процесса, направленного на укрепление установки на трезвость, а также поддерживающая медикаментозная терапия с целью дезактуализации патологического влечения к алкоголю.
- *Основная задача этапа* — предупреждение рецидивов алкоголизма.

В идеальном случае данный этап длится все 3 года и заканчивается снятием больного с наркологического учета.

Купирование острых состояний алкогольной интоксикации (опьянения).

- Средняя степень опьянения - начинают с освобождения желудка: выпить 1 — 1,5 л теплой воды или слабого раствора перманганата калия и вызывают рвоту раздражением задней стенки глотки.
- После этого выпить 5— 10 капель нашатырного спирта, растворенных в 30 мл воды.
- При психомоторном возбуждении хорошее успокаивающее действие оказывает прохладный душ или прохладная вода на голову.

- **Эффективный способ протрезвления** - введение 0,3—0,5 мл 1% раствора апоморфина п/к и одновременно 2 мл кордиамина и 1—2 мл 10% раствора кофеина. Возникает рвота, рекомендуется выпить 1 л теплой воды для облегчения рвотной реакции и полного очищения желудка от содержимого.
- **Введение апоморфина противопоказано** лицам пожилого возраста и лицам с тяжелой соматической патологией.
- **В амбулаторных условиях с целью протрезвления** можно использовать **большие дозы трихопола** — одновременно на первый прием дается 1,5—2 г препарата, в дальнейшем каждые 1,5—2 часа еще по 1 г препарата до появления рвоты и отвращения к алкоголю.

- *Купирование острых состояний возбуждения в алкогольном опьянении* проводится успокаивающими смесями из нейролептиков, антигистаминовых препаратов и аналептиков.

Рекомендуются следующие смеси:

- 1) в/м в одном шприце 2—4 мл 0,5% раствора реланиума с 2 мл кордиамина;
- 2) 2—3 мл 1% раствора димедрола или 2—3 мл 2,5% раствора пипольфена также с кордиамином.
- Через 10—15 мин после введения указанных смесей возбуждение купируется и наступает сон.
- Пробуждение сопровождается протрезвлением.

- Купирование тяжелых степеней алкогольного опьянения, угрожающих переходом в сопор и кому, должно осуществляться в специализированных стационарах.
- На догоспитальном этапе помощь заключается в назначении кофеина, кордиамина, лобелина, сердечных гликозидов, вдыхании кислорода. Больной должен быть согрет.

При тяжелой алкогольной интоксикации, угрожающей развитием сопора и комы, рекомендовано введение аналептических смесей.

- Аналептическая смесь №1 (при тяжелом алкогольном опьянении) : бемегрид, 0,5% раствор — 10 мл, кордиамин — 1 мл, кофеин, 20% раствор — 1 мл, 40% раствор глюкозы — 17 мл.
- Всего 30 мл смеси, вводится в/в двумя шприцами.
- Через 5—10 мин после введения смеси состояние опьяневшего улучшается, он начинает отвечать на вопросы.

Аналептическая смесь №2 (при состояниях алкогольного сопора): 0,5% раствор бемегрида — 15 мл, этимизол, 1,5% раствор — 1 мл, кордиамин — 2 мл, 20% раствор кофеина — 2 мл, коразол — 2 мл, 40% глюкоза — 13 мл.

- Через 10—15 мин после в/в введения смеси состояние больного улучшается, повышается артериальное давление, нормализуется деятельность сердца, углубляется дыхание, больной начинает реагировать на раздражители и отвечать на вопросы. Угроза перехода сопора в кому устраняется.

Купирование острых абстинентных явлений и запойных состояний.

В легких случаях абстинентный синдром купируется с помощью комплекса лекарственных средств:

- 1) весьма эффективной является смесь Попова (0,3—0,4 г фенобарбитала, растворенного в 30 мл этилового спирта и разбавленного водой до 100 мл).
- 2) дезинтоксикация - в/в вводятся растворы глюкозы, гемодеза, полиглюкина, витаминов группы В (тиамина бромид, пиридоксина гидросульфат), аскорбиновой кислоты, никотиновой кислоты, метионина, натрия тиосульфат 30%-ный раствор, унитиола, физиологический раствор.

Проводится от 10 дней до 2-3 недель.

- 3) симптоматические средства, стимулирующие сердечно-сосудистую систему;
- 4) снотворные (радедорм) и транквилизаторы (феназепам).
Можно использовать нейролептик хлорпротиксен.

5) применение психотропных средств.

- При тревоге, бессоннице, сниженном настроении- реланиум, феназепам, хлорпротиксен, амитриптилин, тиаприд, при дисфории — финлепсин.
- При преобладании в абстиненции аффективных психопатоподобных нарушений (гневливость, нетерпимость к замечаниям, демонстративные поступки) можно вводить галоперидол.
- При депрессивных вариантах похмелья- антидепрессанты (амитриптилин, азафен, аурорикс и другие).
- Широко применяются ноотропы (пирацетам, аминалон).

6) обязательным при купировании похмельного синдрома является назначение витаминов, прежде всего группы В и С.

При купировании похмельного синдрома средней тяжести может использоваться пирогенная терапия (пирогенал в дозах 500—1000 МПД, вводимых в/м).

- Обязательно в комплекс терапии должны быть включены симптоматические средства для поддержания деятельности сердечно-сосудистой системы (кордиамин, цититон, лобелии, сердечные гликозиды).

При купировании тяжелых абстинентных явлений и предпсихотических состояний в комплекс медикаментозных средств должны быть включены нейролептики, но не фенотиазинового ряда. Лучше использовать галоперидол в сочетании с пипольфеном и кордиамином.

Необходимо также назначать средства для профилактики отека головного мозга (маннитол, мочевины).

Рекомендована следующая схема лекарственных препаратов:

- смесь Попова перорально;
- оксибутират натрия — 5—10 мл 20% раствора в/в медленно или в/м;
- седуксен — 4—6 мл 0,5% раствора в/м или в/в;
- галоперидол — 3 мл 0,5% раствора в/м;
- гексилал — до 1 г в/м (или тиопентал натрия).

Указанные средства рекомендуется вводить одномоментно.

При купировании данным методом у больных быстро наступает сон продолжительностью 6—8 часов, после пробуждения отмечается исчезновение абстинентной симптоматики.

Лечение алкоголизма I-III стадий.

- 1) психотерапия: рациональная, гипноз, групповая (тренинг - общение)
- 2) психофармакотерапия.

- При астеническом и психастеническом складе личности - нейролептики (терален, сонапакс (малые дозы), антидепрессанты (азафен, пиразидол), транквилизаторы (диазепам, феназепам, ксанакс, транксен).
- При истерии - нейролептики (хлорпротиксен, сонапакс, карбидин), антидепрессанты (амитриптилин, лудиомил), транквилизаторы (транксен, диазепам).
- Эксплозивный тип требует нейролептиков (тизерцин, лепонекс, аминазин, неупелтил, сонапакс), антидепрессантов (амитриптилин).

Фармакотерапия острых алкогольных расстройств.

- Своевременное лечение синдрома отмены алкоголя и его осложнений с помощью бензодиазепинов и других ГАМКергических средств и своевременная их отмена
- Адренергическая коррекция

Фармакотерапия острых алкогольных расстройств.

- Восполнение дефицита тиамина и других витаминов
- Восполнение дефицита электролитов (ионов K^+ и Mg^{++})
- Мемантин (акатинол)

Бензодиазепины.

- Препараты выбора – **хлордиазепоксид (элениум), диазепам (релиум) и лоразепам (лорафен)**
- Наиболее близкие фармакологические аналоги этанола
- Лекарственные средства первого ряда, незаменимые в терапии острых алкогольных расстройств
- Седативное действие
- Снотворное влияние
- Анксиолитическое (противотревожное) действие
- Вегетативно-стабилизирующее действие
- Противосудорожные эффекты
- **Миорелаксирующее действие**
- **Противопоказаны при формировании или угрозе развития острой алкогольной или печеночной энцефалопатии (при циррозе печени назначаются с осторожностью)**

Барбитураты.

- Фармакологически близки к **бензодиазепинам**, но уступают им в широте фармакологического спектра, в терапевтической широте, общей эффективности и переносимости
- Предпочтительны препараты длительного действия (**фенобарбитал**)
- Средства для неингаляционного наркоза – **гексенал, тиопентал-натрий** – эффективны в купировании судорожных припадков (в том числе эпилептического статуса) и белой горячки
- **Противопоказаны при угрозе развития острой алкогольной энцефалопатии**

Антиконвульсанты.

- Оказывают вегетативно-стабилизирующее, нормотимическое и противосудорожное действие
- Уменьшают раздражительность и устраняют дисфорию
- Устраняют влечение к алкоголю в период острой отмены и в постабстинентном периоде
- Потенцируют седативные эффекты других лекарств
- Существенно дополняют действие бензодиазепинов, но не заменяют их
- Препараты с несомненной клинической эффективностью – **карбамазепин (финлепсин), вальпроаты (конвулекс, депакин)**

Бета-адреноблокаторы

- Обладают вегетативно-стабилизирующим действием
- Благоприятно влияют на гемодинамику у лиц с синдромом отмены алкоголя
- Потенцируют действие психотропных средств
- Ухудшают сердечную проводимость и могут вызывать бронхоспазм
- Наиболее эффективны неселективные препараты – пропранолол (обзидан)

Суточные дозы витаминов для больных алкоголизмом

- **Тиамин** – 100-500 мг
- **Пиридоксин** – 20-100 мг
- **Цианокобаламин** – 200-500 мкг
- **Никотиновая кислота** – 20 мг
- **Аскорбиновая кислота** – 100-1000 мг
- **Рибофлавин** – 10-30 мг
- **Фолиевая кислота** – 1-2 мг

Принципы рациональной терапии острых алкогольных расстройств (1)

- Неотложное и адекватное лечение синдрома отмены алкоголя и его осложнений
- «Принцип очередности» лечебных мероприятий:
бензодиазепины и другие ГАМКергические средства → *тиамин* и другие витамины → *инфузионная терапия*
- Ограничение поступления углеводов в организм
- Сопутствующая коррекция висцеральных проявлений алкогольной болезни
- Применение лекарственных средств и методов с доказанной клинической эффективностью

Купирование алкогольных психозов.

Алкогольный делирий — строгий надзор,

- раствор глюкозы, гемодез, экстракорпоральная гемосорбция,
- мегадозы витаминов В1 и В6, аскорбиновой кислоты,
- реланиум,
- аминазин, тизерцин, хлорпротиксен, галоперидол парентерально.
- из церебропротекторов - пирацетам, оксибутират натрия, пикамилон.

Острый алкогольный галлюциноз показаны
нейролептики: галоперидол, триседил, этаперазин,
тизерцин, аминазин, карбидин.

Хронический алкогольный галлюциноз -

- нейролептики (триседил, галоперидол, трифтазин),
дюрантные нейролептики (галоперидол деканоат,
модитен-депо, семап);
- антидепрессанты (амитриптилин, пиразидол,
азафен);
- церебропротекторы (пирацетам, пиридитол,
пикамилон, пантогам).

Алкогольный параноид -строгий надзор, учитывая возможные агрессивные действия больного.

Назначают нейролептики: триседил, галоперидол, пипортил, аминазин, сонапакс.

Корсаковский психоз:

- уход и надзор, при необходимости — оформление в интернат для психохроников;
- церебропротекторы: пирацетам, пиридитол, пикамилон, пантогам, аминалон;
- мегадозы витаминов группы В: В1 6% раствор 5 мл в/м, В6 5% раствор 6 мл в/м, В12 1200 ЕД в/м; никотиновая и аскорбиновая кислоты.

Условно-рефлекторная терапия.

- основной метод лечения алкоголизма, в основе которого лежит выработка рвотного рефлекса на алкоголь.
- Лечение алкоголизма рвотными средствами для выработки отрицательной реакции на спиртное проводится с 1910 г., когда впервые была применена настойка из рвотных средств, чуть позднее (1938 г.) был впервые использован апоморфин.
- Современная медицина по-прежнему использует апоморфин, отвар чабреца, баранца.

Противопоказания к проведению условно-рефлекторной терапии:

- язвенная болезнь желудка,
- тяжелые формы туберкулеза легких,
- стенокардия,
- артериальная гипертензия,
- бронхиальная астма,
- возраст старше 50 лет.

Сенсибилизирующая терапия.

- создает повышенную чувствительность (сенсибилизацию, «аллергию») организма на прием алкоголя при помощи специальных препаратов.
- Тетурам -один из таких препаратов, вызывающим стойкую реакцию.
- В настоящее время наибольшее распространение получил аналог тетурама— эспераль.
- Эспераль— это стерильно приготовленные и запаянные в специальную стеклянную ампулу 10 таблеток. Эспераль вшивают в подкожножировую клетчатку бедра, ягодицы, области спины. Происходит постепенное всасывание препарата, что создает в крови больного определенную концентрацию.
- При приеме алкоголя возникают симптомы вегетососудистых расстройств, которые могут быть опасными для здоровья, в связи с этим перед началом лечения требуется специальное письменное соглашение на лечение самого больного, в котором он предупреждается о возможных осложнениях терапии.

Противорецидивная и поддерживающая терапия

- Дисульфирам и аналоги
- Антагонисты опиоидных рецепторов
- Акампросат
- Плацебо-терапия
- Психофармакотерапия

Психотерапия больных зависимостями от ПАВ.

- является одним из ведущих методов лечения зависимостей:
- во-первых потому, что психологические и психиатрические проблемы являются одной из причин формирования зависимостей;
- во-вторых потому, что возникают как ее результат.

При алкогольной зависимости отмечается высокий уровень сопутствующих психиатрических симптомов, наиболее частыми из которых являются депрессия, дистимия и тревожные расстройства. Этот факт особенно важен для психотерапевтических подходов в лечении алкоголизма, поскольку различные виды психотерапии специально были разработаны для решения психиатрических проблем.

Психотерапия алкоголизма.

- считается одним из наиболее действенных методов.
- Внушение в гипнозе или в бодрствующем состоянии, эмоционально-стрессовая терапия основываются главным образом на выработке отвращения к алкоголю.
- По мере развития алкоголизма внушаемость нередко возрастает.
- В настоящее время с положительными результатами применяется кодирование больных. Сущность данного метода заключается в краткосрочной суггестии с целью формирования стойкой установки на полный отказ от употребления спиртных напитков.
- От повторного приема алкоголя больных в значительной мере удерживает страх возможных тяжелых последствий, вплоть до летального исхода.

«АНОНИМНЫЕ АЛКОГОЛИКИ»

(«АА»).

- это добровольное сообщество поддерживающих друг друга сотен тысяч алкоголиков, которое было образовано в 1936 г. в США двумя алкоголиками — биржевым маклером и врачом-хирургом.
- «АА» принимают в члены сообщества только алкоголиков и отвергают помощь здоровых лиц, филантропических и др. учреждений. Однако эти группы все больше склоняются к совместной работе с врачами.

- **Предписанный путь к выздоровлению** имеет программно-ритуальный устав из 12 ступеней, в начале которого стоит безжалостное **самопризнание пьяницы** перед членами общества: «Я — алкоголик».
- Акцент ставится на том, что алкоголь сильнее всех волевых усилий, что одному с ним не справиться, что только алкоголик может понять алкоголика и помочь ему: никто не может излечиться, всегда есть опасность, что первый стакан спиртного отбросит его назад к болезни. Поэтому **«бывшие» считают себя не вылечившимися пьяницами, а неактивными алкоголиками.**

- **Используется принцип «маленького шага».**

От нового члена общества «АА» требуется, чтобы он выдержал сначала 24 часа без алкоголя, затем еще 1 день, затем несколько дней до очередного заседания, потом — 1 неделю и т.д.

При этом алкоголика контролируют не только его единомышленники, но и сам он становится контролирующей инстанцией для другого.

При рецидиве другие чувствуют себя ответственными за него и сопровождают его, пока он снова не остановится.