

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО
(наименование кафедры)

Рецензент д.м.н. Березовская Марина Анатольевна
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности психиатрия
Вацеткин Павел Викторович
(ФИО ординатора)

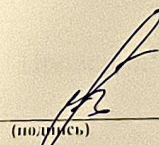
Тема реферата Алкогольная зависимость

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	5 (отлично)

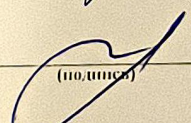
Дата: « » 20 год

Подпись рецензента


(подпись)

Березовская М.А.
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора


(подпись)

Вацеткин Павел Викторович
(ФИО ординатора)

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

На тему: Алкогольная зависимость

Выполнил: ординатор специальности Психиатрия
Газенкамф Виталий Викторович

Проверил: д.м.н. Березовская Марина Альбертовна

Содержание

1. Актуальность.....	3
2. Определение и история.....	4
3. Эпидемиология.....	5
4. Этиопатогенез.....	6
5. Степени алкогольного опьянения.....	7
6. Континуум употребления алкоголя.....	8
7. Первая стадия алкогольной зависимости	10
8. Вторая стадия алкогольной зависимости.....	11
9. Алкогольный абстинентный синдром.....	12
10. Третья стадия алкогольной зависимости.....	14
11. Ремиссии при алкогольной зависимости.....	15
12. Метаалкогольный синдром.....	16
13. Алкогольный делирий.....	17
14. Соматические осложнения алкогольной зависимости.....	19
15. Лечение.....	20
16. Выводы.....	22
17. Список литературы.....	23

Актуальность

Тема "Алкогольная зависимость" является чрезвычайно актуальной и социально значимой в современном обществе. В ходе последних десятилетий мы столкнулись с увеличением числа людей, страдающих от алкогольной зависимости, и серьезными социальными проблемами, вызванными этим явлением.

Первым аспектом актуальности темы является распространенность алкогольной зависимости в нашем обществе. Исследования показывают, что потребление алкоголя остается на довольно высоком уровне, а количество людей, которые переходят от умеренного употребления к проблемной зависимости, продолжает расти. Это связано с рекламой алкоголя, доступностью алкогольных напитков и социокультурными факторами, такими как традиции и обычаи.

Второй важной причиной актуальности этой темы является серьезный негативный влияние алкогольной зависимости на здоровье человека. Алкоголь является одним из наиболее опасных и разрушительных веществ для организма. Регулярное и чрезмерное употребление алкоголя может привести к различным заболеваниям, включая психические расстройства, цирроз печени, заболевания сердца, неврологические проблемы и даже рак. Влияние алкоголя на мозг особенно серьезно, так как он может вызывать необратимые повреждения и изменения в структуре и функционировании этого важного органа.

Третья причина актуальности темы состоит в социальных и экономических последствиях алкогольной зависимости. Алкогольная зависимость может привести к проблемам в семье, на работе и в обществе в целом. Это может вызвать насилие в семье, ухудшение отношений с близкими, проблемы с работой, незаконную деятельность, дорожные аварии и другие негативные последствия. Более того, алкоголизм создает значительную нагрузку на систему здравоохранения и экономику, связанную с лечением заболеваний, снижением производительности и потерями рабочего времени.

Таким образом, тема "Алкогольная зависимость" является актуальной и важной для исследования и обсуждения. Необходимо проводить дальнейшие исследования в этой области, разрабатывать эффективные меры профилактики и лечения, а также осуществлять просветительскую работу, направленную на создание осознанного отношения к употреблению алкоголя в обществе.

Определение и истории

Алкогольная зависимость – это прогрессирующее психическое расстройство, вызванное злоупотреблением алкоголем, проявляющееся патологическим влечением к спиртному, формированием психической и физической зависимости от него, изменением толерантности организма к алкоголю и влекущее за собой социальные и сомато-неврологические осложнения.

Употребление алкоголя известно человечеству с незапамятных времен, многие традиции с ним связанные основательно укрепились в нашей жизни. Многие исследователи считают, что если бы алкоголь был открыт в настоящее время, то в силу своих аддитивных свойств и выраженных негативных последствий был бы отнесен к наркотическим препаратам и запрещен для свободного распространения и употребления.

В 1849 году шведский врач М. Гусс (M. Hüss) впервые дал подробное описание клиники и предложил термин «хронический алкоголизм», обозначив так совокупность патологических изменений, происходящих в организме человека при длительном, неумеренном употреблении спиртных напитков. Большой вклад в уточнение симптоматики, описание стадийности и патогенеза данного заболевания сделали русские ученые: С.Г. Жиеллин, С.С. Корсаков, И.В. Стрельчук, А.А. Портнов, П.П. Иванец, И.П. Анохина и др. В 1952 году ВОЗ внесло хронический алкоголизм в перечень психических заболеваний. В настоящее время более употребляемым в научной литературе термином является «алкогольная зависимость», который пришел на смену термину «хронический алкоголизм».

Эпидемиология

Эпидемиологическое исследование глобального бремени от употребления алкоголя

Общее количество употребляющих алкоголь: 32,5 % населения Земли (25% женщин и 39% мужчин). В России алкоголь употребляют 80% мужчин и 64% женщин. Среднее употребление алкоголя в мире: 1,7 ст. доз — мужчины, 0,73 ст. дозы — женщины. Среди населения России: 5,1 ст. доза для мужчин, 1,9 ст. доз для женщин. Россия не является лидером по среднему уровню употребления алкоголя. В 2018 году достигнут исторический минимум по уровню употребления алкоголя в России за последние 27 лет.

Медицинские последствия

В 2016 году употребление алкоголя является 7 фактором риска смерти и глобального бремени болезней в мире. Для лиц среднего возраста (15-49 лет) употребление алкоголя — фактор риска смерти номер один (12,2% для мужчин и 3,8% для женщин). На 2016 год с употреблением алкоголя в России было связано 20% смертей у мужчин и 6,2% смертей у женщин.

Существует также широкий географический разброс количества смертей, связанных с алкоголем. При этом самые высокие значения регистрируются в европейском регионе. Влияние употребления алкоголя на соматическое здоровье реализуется различными путями: острая интоксикация повышает риск травм и отравлений, регулярное употребление оказывает отрицательные влияния на органы и ткани, алкогольная зависимость усиливает влияние через факторы, указанные выше.

Учтённая распространённость алкогольных расстройств в России колеблется от 1500 до 2100 случаев на 100 тыс. населения, т.е. около 2% общей популяции (для подсчета истинной распространённости ВОЗ рекомендует умножать эту цифру на 8).

Биологические факторы:

- 1) генетические факторы риска
- 2) нарушения в работе мозгового центра подкрепления: этанол через взаимодействие с ГАМК-рецепторами стимулирует секрецию и выброс ДОФАмина в мезолимбической системе (покрышка среднего мозга, подлежащее ядро), что вызывает эйфорический и прочие эффекты, а когда поступление этанола прекращается, то из-за усиленной секреции ДОФАмина возникает синдром отмены абстинентный синдром. Наличие эйфоризирующего эффекта этанола приводит к закреплению неадаптивных форм поведения связанных с употреблением алкоголя, что приводит к нарастанию мотивации к алкоголизации. Изменения в других нейромедиаторных системах также связаны с ДОФАминергической
- 3) в процессе метаболизма этанол превращается в сальцинол и бетта-карболины, которые являются агонистами опиоидных рецепторов и, вызывая эйфорию, способствуют появлению зависимости (определяющая концепция патогенеза);
- 4) этанол является супрессором NMDA-рецепторов, что приводит в дальнейшем к гиперактивации этой системы на фоне хронического употребления алкоголя, что, в свою очередь, вызывает активацию апоптоза клеток лобной доли и когнитивные нарушения у больных АЗ.

Психосоциальные факторы:

- 1) АЗ возникает в связи с психоактивными эффектами этанола (эйфоризирующий, противотревожный, антидепрессивный, седативный, коммуникативный и др.)
- 2) АЗ имеет культуральные предпосылки, связанные с традициями и религией (в России это нормализовано и возведено в традицию)
- 3) АЗ это проявление скрытой аутоагрессии (стремления человека к саморазрушению) и представляет собой «хронический суицид»
- 4) АЗ это «семейная болезнь», важное влияние оказывает семья и воспитание (в том числе пережитое насилие в детстве)
- 5) Определенные личностные особенности (импульсивность, экстернализация), а также несовершенство механизмов психологической защиты predisполагают к развитию АЗ

В зависимости от соотношения биологических и психосоциальных факторов выделяют 2 типа алкогольной зависимости (Cloninger C., 1996)

Тип А

(более благоприятный, больший вес психосоциальных факторов)

- Более позднее начало (>25 лет)
- Меньше наследственной предрасположенности, больше средовых факторов
- Мужчины и женщины одинаково
- Пьют, чтобы уменьшить стресс
- Прогрессирующая потеря контроля, чувство вины, борьба мотивов

Тип В

(более злокачественный, больший вес биологических факторов)

- Раннее начало (<25 лет)
- Чаще мужчины
- Чаще импульсивное, антисоциальное поведение
- Пьют для эйфории
- Выражено первичное влечение (трудности сохранять воздержание)

Степени алкогольного опьянения

Легкая 0,5-1,5 промилле

Преобладание психоэмоционального эффекта (эйфория, возбуждение, многоречивость, подвижность, сложность координации, интересны лица)

Средняя 1,5-2,5 промилле

Сочетания психоэмоционального и токсического эффектов (гневливость и угрюмость, речь персеверативная и примитивная, плоские суждения, затруднения активных движений)

Тяжелая 2,5-4 промилле

Преобладание токсических эффектов (угнетение сознания от сомноленции до комы, жизнеугрожающие осложнения)

Выделяют следующие атипичные (измененные) формы опьянения:

они чаще бывают при коморбидности с другими психическими расстройствами (личностные расстройства, органические поражения ЦНС), а их появление у человека, у которого не было их раньше, может свидетельствовать о формировании зависимости от алкоголя.

- **дисфорический тип** - дисфория, раздражительность и лабильность аффективных реакций наблюдается уже при легкой степени опьянения (бывает при органическом поражении ЦНС);

- **параноидный тип** характеризуется появлением подозрительности, напряженности, возникают сенситивные идеи отношения (кажется, что окружающие смеются, что-то замышляют и т.п.), данный тип наблюдается при психонативизации личности.

- **тебефренический тип** проявляется дурашливостью, стереотипиями, кривлянием, бессмысленным буйством.

- **истерический тип** характеризуется эгоцентричностью, склонностью к театральности и привлечению внимания, демонстративными парасуицидальными попытками (характеризует демонстративный радикал личности)

Патологическое опьянение представляет собой неожиданно возникающую идиосинкравно на прием алкоголя при наличии сопутствующих факторов (переутомления, органического поражения ЦНС и др.). Проявляется транзиторным умеренным помрачением сознания после приема алкоголя, длится от нескольких минут до нескольких часов и внезапно заканчивается, оставляя после себя астению и тотальную либо парциальную амнезию.

Патологическое опьянение является исключительным состоянием в судебно-психиатрической практике.

Выделяют 2 клинических вида патологического опьянения:

- **энцефалопатная форма** - тотальная дезориентировка, резкое двигательное возбуждение с аффектом страха, злобы и жестокой агрессией, автоматические и стереотипные действия;

- **параноидная форма** характеризуется наплывом галлюцинаций и бредовых идей, а также относительно целенаправленных действий (бегство на транспорте и т.д.)

Патологическое опьянение и измененные формы опьянения БЕЗ ДРУГИХ СИМПТОМОВ не являются основанием для ДИАГНОЗА алкогольной зависимости!

Континуум употребления алкоголя

- **Абстиненты** – люди, не употребляющие спиртные напитки. Основная причина абстиненции: страх перед развитием АЗ, биологическая непереносимость алкоголя, религиозный запрет (Ислам).
- **Употребление алкоголя без вредных последствий** – употребление алкоголя в соответствии с традициями и в связи с социальными явлениями без признаков формирования синдрома зависимости и негативных последствий. *Последние исследования демонстрируют, что в отношении влияния на соматическое здоровье не существует безопасного уровня употребления алкоголя (он стремится к 0 ст. доз).*
- **Единичный эпизод употребления алкоголя с вредными последствиями** (такая категория будет введена в МКБ-11) – однократное применение алкоголя вызывает негативные последствия из-за влияния на поведение человека или негативное воздействия на организм.
- **Злоупотребление алкоголем с вредными последствиями (есть в МКБ-10 – F10.1, сохранится в МКБ-11)** – имеется отчетливое подтверждение того, что прием алкоголя вызывает непосредственно соматические или психические проблемы, включая ограничение мыслительных функций, поведенческие отклонения, которые могут привести к инвалидизации или снижению социального приспособления, данный стереотип сохраняется не менее месяца и повторяется в течение года.
- **Алкогольная зависимость (синдром зависимости от алкоголя, F10.2)**

Наиболее разработанной классификацией допозологического употребления алкоголя является работы Э.И. Бехтерева (1986). Он выделял следующий континуум употребления алкоголя до появления АЗ:

1. **Абстиненты**: не употреблявшие спиртные напитки по крайней мере в течение года или употреблявшие их столь редко и в столь небольших количествах, что этим можно пренебречь (до 100 г вина 2-3 раза в год).
2. **Случайно пьющие**: употребляющие обычно 50-150 мл водки (максимум 250 мл) от нескольких раз в году до нескольких раз в месяц.
3. **Умеренно пьющие**: употребляющие по 100-150 мл (максимально 300-400 мл) спиртных напитков 1-4 раза в месяц.
4. **Систематически пьющие**: употребляющие 200-300 мл водки (максимум 500 мл) 1-2 раза в неделю.
5. **Привычно пьющие**: употребляющие 300-500 мл водки (максимум 500 мл и более) 2-3 раза в неделю.

Также для градации допозологического употребления алкоголя используется расчет в стандартных дозах алкоголя (СДЛ). В различных странах приняты свои СДЛ, но ВОЗ рекомендует использовать унифицированную СДЛ равную 10 гр. чистого этанола. Для примерного расчета можно использовать следующие пропорции:

- 1 сд. - 1 рюмка, 30 мл, крепкого алкоголя (40%)

- 1,3 ед. - бутылка пива (5%), 330 мл
- 1,8 ед. - бутылка пива (4,5%), 500 мл
- 2 ед. - бокал вина (14%), 175 мл
- 8,3 ед. - бутылка вина (14%), 750 мл
- 22 ед. - бутылка крепкого алкоголя (40%), 700 мл

В плане влияния употребления алкоголя на поведенческие нарушения и риск развития зависимости выделяют *тяжелое употребление алкоголя* (heavy episodic drinking) - более 6 СДА по крайней мере 1 раз в 30 дней. Такое употребление повышает риск травм, преступлений и является предиктором высокого риска развития АЗ. Безопасным употреблением по данным NIAAA считается употребление до 4 СДА в день, но не более 14 СДА в неделю (для мужчин), и до 3 СДА в день, но не более 7 СДА в неделю (для женщин).

Последние эпидемиологические данные указывают, что в плане соматического здоровья *не существует безопасного уровня употребления алкоголя*.

Разграничение допозологических форм употребления алкоголя и первой стадии АЗ сопряжено с трудностями и не всегда это возможно сделать однозначно!

В DSM-V все позологии, связанные с употреблением алкоголя, объединили в одну категорию - **алкогольное расстройство (alcohol use disorder)**, критериями которого стали следующие:

1. Были ли эпизоды, когда Вы выпивали больше или дольше, чем планировали изначально?
2. Были ли у Вас неоднократные безуспешные попытки бросить пить или пить меньше?
3. Тратили ли Вы на выпивку слишком много времени? Или страдали ли Вы из-за этого и преодолевали другие последствия?
4. Были ли у Вас эпизоды, в которые Вы так сильно хотели выпить, что Вы не могли думать о чем-либо еще?
5. Было ли, что употребление алкоголя, или состояние нездоровья после его употребления, мешало Вам заботиться о себе и своей семье? Или вызывало проблемы на работе или в школе?
6. Продолжали ли Вы пить, хотя это было причиной проблем с друзьями или семьей?
7. Отказывались ли или сокращали Вы деятельность, которая важна, интересна для Вас, или приносит удовольствие ради того чтобы выпить?
8. Были ли неоднократные эпизоды, что в состоянии опьянения Вы оказывались в ситуации повышенного риска (водили нетрезвым, плавали, управляли сложными механизмами, гуляли в опасных местах, занимались незащищенным сексом)?
9. Продолжали ли Вы пить, несмотря на появление симптомов депрессии, тревоги, эпизодов амнезии или других проблем со здоровьем?
10. Приходилось ли Вам увеличивать объем употребляемого алкоголя, чтобы добиться прежнего эффекта? Обнаруживали ли Вы, что Ваша обычная доза алкоголя имела гораздо меньший эффект чем раньше?
11. Были ли у Вас синдром отмены алкоголя с бессонницей, тошнотой, потливостью, сердцебиениями или припадками? Или Вы чувствовали что-то еще?

При этом к категориальному подходу добавлена возможность дименсиональной оценки степени тяжести. Для постановки диагноза необходимо **иметь не менее 2 критериев на протяжении 12 месяцев**. Степень тяжести при этом определяется количеством критериев: легкая - 2-3 симптома, умеренная - 4-5, тяжелая - более 6

Первая стадия алкогольной зависимости (АЗ)

Первая стадия АЗ начинается с резкого усиления патологического влечения к алкоголю (ПВА), причем как первичного, так и вторичного, т.е. возникающего после принятия первой дозы. В качестве иллюстрации можно привести симптом «опережения круга», когда в ходе торжества люди не могут дожидаться объявления следующего тоста и выпивают самостоятельно, т.к. у них возникает непреодолимое желание «паинься до пьяза». Вместе с усилением ПВА возникает и нарушение количественного контроля, что приводит к увеличению толерантности, люди пьют до средней или тяжелой степени опьянения. Вместе с тем ситуационный контроль сохраняется, влечение к алкоголю присутствует, но может контролироваться. Поведение больных на этой стадии характеризуется оживлением перед предполагаемым застольем и дисфорией и озлобленностью если планы срываются. Пьянство не воспринимается как проблема, социальное и профессиональное функционирование больного снижается незначительно.

Алкоголь и память

Алкоголь имеет специфическое влияние на функцию памяти — блокирует консолидацию воспоминаний, т.е. переход воспоминаний из пула кратковременной памяти в долговременную, влияя при этом на нейроны области гиппокампа. Этот процесс зависит от дозы принятого алкоголя. Уже при относительно небольших дозах принятого алкоголя (приблизительно 0,5 л. пива) происходит частичная блокада консолидации, что проявляется трудностями в запоминании новых имен и фактов (это получило название «дефицит памяти коктейльной вечеринки»). При увеличении дозы возникает полная обратимая блокада консолидации, что проявляется амнезией событий периода алкогольного опьянения — частичной («пальминесет») или полной («блэкаут»). При длительной интоксикации происходит необратимая блокада консолидации воспоминаний, что проявляется фиксационной амнезией в рамках синдрома Корсакова. Популяционные исследования показали, что пальминесеты и блэкауты бывают наиболее часто у подростков, т.к. они не всегда понимают безопасную дозу алкоголя и не умеют еще контролировать употребление алкоголя, из-за чего в крови быстро нарастает концентрация этанола и возникает блокада консолидации, и у больных АЗ, т.к. они пьют много и быстро из-за патологического влечения в алкоголь.

Вторая стадия АЗ

Вторая стадия АЗ является самой яркой и многообразной по своим клиническим проявлениям. Главным симптомом этой стадии является появление алкогольного абстинентного синдрома (ААС'). Вместе с ним повышается толерантность, достигая максимальных возможностей каждого индивидуума — «плато толерантности». ПЗА становится трудно контролируемым, компульсивным, особенно после употребления «критической» дозы алкоголя. В структуре синдрома патологического влечения возрастает доля аффективных и вегетативных симптомов, воспоминания о застольях эмоционально окрашены и навязчивы. Актуализация ПЗА может быть связана с конкретными ситуациями (ассоциированная) или с внутренними закономерностями (аутохтонная).

В связи с появлением ААС' изменяется и форма злоупотребления: потребность в повторном приеме алкоголя утром для улучшения состояния («похмелье»), приводит к возникновению многодневных экцессов. Сначала эти экцессы происходят на протяжении выходных и праздничных дней (псевдозапой), т.к. сохранен ситуационный контроль, например, необходимость и понедельник выходить на работу, а затем ситуационный контроль утрачивается и человек из-за невозможности остановить запой пропускает работу, не выполняет свои обязанности (истинные запои).

Во второй стадии проявляются психические, неврологические и соматические осложнения АЗ, особенно часто они возникают после запоя. Психические нарушения представлены метаболитическими психозами, неврологические: генерализованными клонико-тоническими судорогами в абстинентный период, синдромами позиционного сдавливания и парезами (когда в состоянии сильного опьянения люди передавливают конечность весом своего тела, что приводит к ишемической нейронатии). Соматические: острые и хронические панкреатиты, гепатопатии, желудочно-кишечные кровотечения (синдром Маллори-Вейса), кардиомиопатии и аритмии сердца и др.

Обязательным проявлением второй стадии АЗ является заострение преморбидных личностных черт, которые на фоне длительного злоупотребления алкоголем достигают психопатоподобного уровня (расстройства личности), но могут регрессировать при ремиссии АЗ. Выделяют следующие типы заострения личностных черт:

1. Астенический вариант — раздражительная слабость, обидчивость, невозможность противостоять трудностям, вплоть до паразитирования за счет близких.
2. Экзальзивный вариант — раздражительность, склонность к импульсивности и агрессии, проблемы с законом.
3. Синтоновый вариант — постоянный оптимизм и жизнерадостность, склонность к «балагурству», но вместе с тем поверхностность, беспереборность и пазойливость.
4. Неустойчивый вариант — непостоянство в отношениях, постоянный поиск «острых ощущений».
5. Конформный вариант — сильная внушаемость, большая зависимость от окружающих и невозможность принимать самостоятельные решения.
6. Дистимический вариант — склонность в депрессии, угрюмости, неуживчивости с близкими.
7. Истерический вариант — эгоцентризм, склонность к привлечению внимания и манипулированию.
8. Шизоидный вариант — нарастает стремление к уединению, сложности в поддержании контактов.

Алкогольный абстинентный синдром

Патогенез

При длительном приеме алкоголя развивается дефицит тормозных нейромедиаторов (в первую очередь, агонистов ГАМК). В качестве механизма компенсации выступает усиленный синтез катехоламинов и повышенная активность ферментов их метаболизма, в первую очередь, 5α -гидрокси-триптофан-декарбоксилазы, контролирующей превращение дофамина в норадреналин. Происходит формирование ускоренного кругооборота катехоламинов. При прекращении приема ПАВ усиленное высвобождение катехоламинов из депо прекращается, но остается ускоренным их синтез. Вследствие изменения активности ферментов в биологических жидкостях и тканях (главным образом в мозге) происходит накопление дофамина. Именно этот процесс обуславливает развитие основных клинических признаков АС.

Уровень дофамина в крови четко коррелирует с клинической тяжестью АС; превышение его пиковых показателей в два раза сочетается с картиной тяжелого АС, при превышении в три раза, как правило, развивается острое психотическое состояние. Избыток ДОФАмина вызывает перевозбуждение симпатического отдела вегетативной нервной системы и избыточную продукцию гормонов надпочечников, что определяет многообразие клиники.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ

1. Нейровегетативный - базовый вариант, имеющий место в любом случае алкогольного АС, но способный «обрастать» симптомами симптоматикой: потливой кожей, жаждой, сухостью во рту, повышение или понижение АД, тахикардия, тремор пальцев рук.

2. Церебральный - нейровегетативные нарушения сопровождается сильная головная боль с тошнотой, головокружением, гиперактуальностью, резким вздрагиванием, обмороками, энцефалиформными припадками.

3. Вiscеральный - преобладают боли в животе, тошнота, рвота, метеоризм, жидкий стул, субиктеричность склер, стенокардия, сердечная аритмия, одышка.

4. Психопатологический - присутствие значительно выраженных психических расстройств: суицидальные мысли и поведение, тревога, страх, подавленность, дисфория, идеи отношения и виновности, тотальная бессонница, галлюцинации, слуховые и зрительные иллюзорные обманы, яркие «приключенческие» сновидения, просночные состояния с временной дезориентировкой в окружающем.

В некоторых случаях выраженная тревожность при ААС становится причиной дебюта генерализованного тревожного расстройства или панического расстройства, и это вызывает формирование спонтанной ремиссии АЗ из-за появления фобии к приему алкоголя.

Степени тяжести ААС

Степень
тяжести

Клинические проявления

Легкая

ЧСС до 100 уд/мин; АД диастолическое до 100 мм рт.ст.
Преобладают вегетативные проявления: потливость, головная боль, тошнота, жажда, невыраженное (слабое) влечение к алкоголю.

Средняя

ЧСС 100-120 уд/мин; АД диастолическое 100-110 мм рт.ст; $t^{\circ}C$ до $38^{\circ}C$.
Вегетативные нарушения: потливость, познабливание, головная боль, болевые ощущения в различных отделах ЖКТ, тошнота, рвота, тахикардия, тахикардия.
Неврологические нарушения: тремор, атаксия.

Психические нарушения: бессонница, тревога, психомоторное возбуждение, влечение к алкоголю.

ЧСС более 120 уд/мин; АД диастолическое более 110 мм ртст; t°C от 38°C и выше.

Вегетативные нарушения: гипергидроз, озноб, тошнота, рвота, боли различной локализации, тахикардия, тахиаритмия, аритмия, иные расстройства сердечной деятельности.

Тяжелая

Неврологические нарушения: тремор, атаксия, возможно развитие судорожных припадков.

Психические нарушения: бессонница, тревога, психомоторное возбуждение, влечение к алкоголю, транзиторные иллюзии и галлюцинации.

Высокая вероятность развития осложнений: алкогольного делирия, алкогольного галлюциноза, алкогольного параноида, острой энцефалопатии Гайе-Вернике, судорожных припадков.

Третья стадия АЗ

Основной синдром на третьей стадии – алкогольная деградация, которая в основном проявляется нравственно-этическим снижением: беснечность, ослабление чувства совести и долга, утрата разносторонних интересов, эгоизм, паразитические тенденции, эмоциональное огрубление, поверхностность, лживость и т.д. Другая часть деградации – когнитивное снижение (ухудшение способности к абстрактному мышлению, памяти, психомоторики), которое является отражением атрофического изменения головного мозга. В третьей стадии АЗ снижается толерантность к алкоголю, вплоть до интолерантности, что может приводить к полному отказу от употребления алкоголя в возрасте после 60-65 лет, что уже не сопровождается обратным развитием синдрома деградации.

Клинически описаны три варианта алкогольной деградации:

1. Аспонтанный тип – преобладают пассивность, безразличие, грубая дефицитарность эмоциональной сферы (по-видимому, это связано с преобладающим поражением лобных отделов мозга).
2. Пенхотоподобный тип – склонность к брутальности, эмоциональной лабильности и грубости на фоне заостренных («наэжированных») личностных черт.
3. Эйфорический тип – преобладает дурашливость, облебенность, поверхностность.

Ремиссия при АЗ

Клиника

Ремиссия при АЗ – динамическое состояние, которое имеет свои характерные черты и принципы развития. АЗ является первично хроническим психическим заболеванием, поэтому любое улучшение в клинике следует рассматривать как временное.

Динамика формирования ремиссии характеризуется следующими этапами:

1. Первый этап (*этап становления ремиссии*) начинается с момента купирования алкогольного абстинентного синдрома (ААС) и проявляется выраженной лабильностью основных психопатологических проявлений: аффективными колебаниями, аутохтонным пробуждением ПВА, внутрисемейной и профессиональной напряженностью. Он длится до 4-6 месяцев, причем имеется тенденция к обострению симптомов к концу этого периода («фаза беспокойства»).
2. Следующий этап (*стабилизация ремиссии*) наступает после возвращения больного в свою социальную среду, при этом отмечается тенденция к появлению невротических симптомов, постоянной борьбе мотивов между желанием «выпить и забыться» и установками на трезвость. В этот период сохраняется личностная и социальная нестабильность, что может быть причиной рецидивов, особенно к концу данного периода («фаза поздних кризов»).
3. По истечении 12 месяцев болезнь переходит к стабильному течению и потому можно говорить о фазе *сформировавшейся ремиссии*. Причем они могут быть трех вариантов: *компенсированные* (без аффективных проявлений, «сухого похмелья» и алкогольных сповидений при наличии личностных ресурсов для преодоления жизненных трудностей), *субкомпенсированные* (при появлении жизненных трудностей возникали невротические симптомы, для поддержания трезвости требовалось участие близких или врача) и *неустойчивые* (спонтанное появление аффективных колебаний, выраженность ПВА, слабость трезвеннических установок).

Металкобольные психоты

- Алкогольный делирий (F10.4 – состояние отмены с делирием)

Другие психотические расстройства

Критерии МКБ-10 (F10.5)

А. Психотические симптомы развиваются на фоне употребления вещества или в пределах 2 недель после его приема

Б. Психотические симптомы сохраняются на протяжении более 10 дней

Длительность расстройства не превышает 6 месяцев

В Острый галлюциноз – F10.52 (индуцированные вербальные галлюцинации, полнокальные, часто имеют алкогольную тематику)

Бредовые психоты – F10.51 (острый чувственный бред преследования)

Острая энцефалопатия Галле-Вернике (проявляется угнетением сознания со

смешанными психотическими расстройствами,

выраженными гиперкинезами и очаговой неврол. симптоматикой; офтальмопатией,

связана с нарушением обмена В1)

Хронический галлюциноз – F10.52 (персекурующие вербальные галлюцинации комментирующего или осуждающего характера).

- Алкогольная паранойя – F10.51 (всегда хроническое течение, часты и наиболее опасны идеи ревности).

- Корсаковский психоз (Амнестический синдром) – F10.6 (проявляется фиксационной амнезией, парамнезиями и амнестической дезориентировкой)

В МКБ-11 психотические осложнения АЗ будут разделены на 3 группы:

1. Делирий, вызванный алкоголем (6C40.5)

2. Психотические расстройства, вызванные алкоголем (6C40.6)

- Психотические расстройства, вызванные алкоголем с галлюцинациями

- Психотические расстройства, вызванные алкоголем с бредом

- Психотические расстройства, вызванные алкоголем со смешанными психотическими симптомами

3. Другие расстройства, вызванные алкоголем (6C40.7)

- Расстройство и расстройства, вызванное алкоголем

- Тревожное расстройство, вызванное алкоголем

- Амнестическое расстройство, вызванное алкоголем

- Деменция, вызванная алкоголем

При этом Синдром Вернике-Корсакова (включающий синдром Корсакова и энцефалопатию Вернике), вынесен в МКБ-11 раздел 5 (эндокринологические, питательные и метаболические болезни) в группу расстройств, связанных с дефицитом витамина В1.

Алкогольный делирий

Алкогольный делирий («белая горячка пьяниц») частый вид острого метаболитического психоза, самый

- Дебютирует на 2-4 сутки после окончания заноя на высоте ЛС', длится без лечения 5-7 дней

Возникает на почве соматической отягощенности + резко прекращение употребления
алкоголя

- Углубляющее течение усиление симптоматики ночью в темноте и улучшение днем (с помощью проб Липмана, Рейхардта-Аппаффенбурга можно выявить галлюцинаторную готовность)

Течение классического алкогольного делирия:

Продромальная стадия - нарушения сна, астения, тревога

1 стадия - выраженные колебания аффекта, акатизия

2 стадия появляются парейдолли

3 стадия – неинные зрительные галлюцинации, дезориентировка в месте и времени

Деларий в наиболее типичной форме был описан К. Либермайстером (1886) с выделением нескольких стадий:

1. Начало первой стадии характеризуется тем, что к вечеру и, особенно, к ночи у больных появляется общая возбужденность. Оживляются и ускоряются речь, моторика, мимика. Больные говорливы, неусидчивы, речь у них временами становится непоследовательной, иногда даже бессвязной. У больных резко расстраивается сон, возникают пафлывы образных, чувственно-пафлывных, иногда сценичных представлений и воспоминаний. Движения преувеличенно подчеркнуты. Наблюдается общая гиперестезия, больные крайне чувствительно реагируют на все раздражители, прежде всего у них резко обострены тактильные ощущения — любое прикосновение заставляет их вздрагивать. Наблюдаются обострение внимания, изменчивость настроения. Беспокойство и боязливость могут сменяться эйфорией. У некоторых пациентов уже в первой стадии делирия могут возникать эпизоды зрительных иллюзий, единичных галлюцинаций.

2. Во второй стадии на фоне усиления тревожности и беспокойства вначале появляются зрительные иллюзии, в основном, парейдолические, а затем зрительные галлюцинации, происходит нарушение ориентировки во времени, месте, окружающей обстановке при сохранности сознания своего «Я», сохранности ориентировки в собственной личности. Появление галлюцинаций сопровождается усилением страха. Преобладают истинные зрительные галлюцинации, но к ним часто присоединяются слуховые, тактильные, термические, обонятельные. Больные видят вокруг себя каких-то страшилищ, злоеущие фигуры, искаженные ужасом лица людей, уродливые «рожи», звериные морды оскаленные, свирепые. В других случаях появляются «видения» полчищ мелких зверушек, мышей, крыс, различных насекомых – тараканов, пауков, кузнечиков и др. В окна «заглядывают» чьи-то пугающие морды, в углах комнаты стоят скелеты, мертвецы «манут руками». Галлюцинации при делирии отличаются конкретностью, образностью, эмоционально ярко переживаются.

3. В третьей стадии наступает полная бессонница, галлюцинаторные расстройства нарастают, эпизодически возникающая изменчивость аффекта («боязливая веселость») уступает место нарастающему страху и даже ужасу перед развивающимися устрашающими зрительными и слуховыми галлюцинациями. Правда, галлюцинации слуха не столь массивны, как зрительные: слышатся крики, выстрелы, пальба, брань, угрозы. «Голоса» звучат снаружи, с улицы, из-за стены, иногда из вентиляционных

отверстий, из-под пола: часто больным кажется, что «голоса» идут от кого-либо из окружающих; характерно, что «голоса» обычно направлены к самому больному, говорят не о нем, а прямо ему, например: «Ты скотина, мерзавец, в тюрьму тебя за то, что ты паторопил, все равно тебя прикончим, тебе конец, ты уже мертвец!» и т. д. Почти постоянно в картине делирия наблюдается двигательное возбуждение с преобладанием суетливости, больные пытаются бежать от угрожающих им слов и звуков, могут пытаться выпрыгнуть из окна, или, наоборот, стараются защититься от «нападающих голосов», баррикадируют двери комнаты, прячутся в дальние углы, кричат от ужаса перед надвигающейся смертельной опасностью в виде различных чудовищ. Поведение делириозных больных состоит из отдельных актов, является реакцией на то или иное галлюцинаторное переживание. Они вскакивают с постели, куда-то стремятся, громко поют, хохочут, наливают вино из воображаемой бутылки. К вечеру двигательное беспокойство, как правило, усиливается в связи с усилением галлюцинаций, принимающих в это время устрашающий характер. При этом возможны агрессивные поступки, покушения на самоубийства.

Измененные формы алкогольного делирия

Редуцированные формы:

- Гипнагогический делирий - яркие сноподобные галлюцинации при засыпании или просто при закрывании глаз
- «Делирий без делирия» проявляется выраженной неврологической симптоматикой, аффективными колебаниями, но нет бреда и галлюцинаций
- Абортивный делирий разворачивается не полностью длится до 1 суток, симптоматика

Тяжелые формы:

- Профессиональный делирий - аффективная и психотическая симптоматика сглажена, двигательное возбуждение ограничено привычными стереотипными действиями
- Мультипличный делирий глубокое помрачение сознания, двигательное возбуждение ограничено пределами кровати (обирание, хватание), речь невнятная, односложная

Атипичные формы: делирий с выраженными зрительными галлюцинациями, делирий с психическими автоматизмами

Соматические осложнения АЗ

Являются важной частью заболевания и основной причиной преждевременных смертей:

- жировая инфильтрация печени (до 90% всех больных),
- алкогольный гепатит (40%),
- алкогольный цирроз печени (20%, причем в западных странах этот процент выше),
- панкреатит (75%),
- кардиомиопатия (до 30%),
- сердечные аритмии (до 60%),
- полинейропатия (76-100%),
- острые сосудистые катастрофы — инфаркты миокарда и инсульты

Лечение алкогольного опьянения

1. Детоксикация

- «Ресторанный метод» выпить 1-1,5 литра теплой воды (можно слегка подкрасить ее перманганатом калия) и вызвать рвоту надавливанием на корень языка
- Введение инфузионных растворов

2. При тяжелых степенях опьянения с прогрессирующим угнетением сознания используют analeptические препараты:

- Кордиамин, Кофеин, Бехмеград, Коразол

3. При тяжелом состоянии показана госпитализация в специализированный стационар (токсикологический или наркологический)

Лечение ААС и психозов

1. Инфузионная терапия (коррекция водно-электролитного баланса)

- объем инфузионной терапии около 10-40 мл/кг массы тела

2. Энтеросорбенты

3. Патогенетическая терапия:

- бензодиазепины (диазепам, хлордиазепоксид, оксазепам, лоразепам). Являются «золотым стандартом» в лечении ААС.
- барбитураты - могут назначаться при неэффективности бензодиазепинов, при тяжелом ААС.
- витаминотерапия - В1 (обязательно!, доза 100 мг в сутки, при энцефалопатиях - до 900 мг/сут), В6, С, В12, альфа-липоевая кислота.
- антиконвульсанты (карбомазепин, вальпроаты, ламотриджин, топирамат) - лечение и профилактика эпилептикоподобных, если они уже наблюдались ранее или если у больного коморбидная эпилепсия.
- нейрометаболические стимуляторы после купирования острого состояния (пирацетам, ацетил-L-карнитин и др.)

4. Симптоматическая терапия - стабилизация АД, устранение болевого синдрома (бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов)

5. Адьювантная терапия: при появлении психотических симптомов, психомоторного возбуждения, агрессивного поведения назначают антипсихотики (дроперидол, галоперидол, рисперидон и др.)

Противорецидивная терапия

Препараты с наибольшей степенью доказанности

1. Сенсибилизирующие средства дисульфирам, циапамид, метронидазол, фуразолидон. Данные препараты эффективны только при комбинации с мотивирующей психотерапией, которая будет поддерживать желание пациента принимать их регулярно.

2. Блокаторы опиоидных рецепторов налтрексон и налмефен (убирает эйфорический эффект алкоголя, снижает влечение).

Препараты, применяемые "off-label"

1. Антидепрессанты в основном из группы СИОЗС, эффективны только при АЗ типа А по Cloninger (ассоциирован с врожденной аномалией серотониновой системы)

2. ГАМК-эргические препараты: Топирамат, Габапентин, Прегабалин

3. Другие препараты: Баклофен, Опиансетрон

4. Антипсихотики назначают при нарушениях поведения, психотических симптомах, напряженном аффекте в структуре патологического влечения. Эффективность антипсихотиков для профилактики рецидивов АЗ не доказана.

Психотерапии в лечении АЗ

1. Когнитивно-поведенческая терапия – создание отрицательного условного рефлекса на алкоголь, поведенческий тренинг совладания со стрессом и т.п.
2. Мотивационное интервью.
3. Суггестивные методики – внушение на отказ от приема алкоголя (гипнотическое или опосредованное)
4. Рациональная психотерапия – преодоление апатологии, повышение мотивации к лечению
5. Психодинамическая терапия основана на изучении бессознательных комплексов и установок
6. Групповая терапия – работа группой по преодолению отрицания болезни, поддержанию ремиссии (напр., в рамках групп «Анонимные Алкоголики»)
7. Семейная терапия – коррекция семейных отношений, работа с созависимостью

Выводы

1. Алкогольная зависимость представляет собой серьезную медицинскую проблему, которая влияет на здоровье и качество жизни многих людей.

2. Длительное и чрезмерное употребление алкоголя может вызывать различные психические и физические проблемы, включая психотические расстройства, цирроз печени и сердечно-сосудистые заболевания. Это указывает на необходимость своевременного диагноза и лечения алкогольной зависимости.

3. Наркологи и психиатры играют важную роль в диагностике, лечении и реабилитации пациентов с алкогольной зависимостью. Они должны иметь солидные знания в области психотерапии, фармакологии и социальной медицины, чтобы обеспечить оптимальное лечение и поддержку для пациентов.

4. Российские авторы и исследователи в области психиатрии и наркологии внесли значительный вклад в изучение алкогольной зависимости и разработку эффективных методов диагностики и лечения. Их работы являются ценным источником информации для практикующих врачей и исследователей, стремящихся понять и преодолеть эту медицинскую проблему.

В целом, понимание алкогольной зависимости как медицинского расстройства, включающего как физические, так и психические аспекты, позволяет нам разрабатывать более эффективные стратегии предотвращения, диагностики и лечения, с целью улучшения качества жизни пациентов и снижения общественной нагрузки от данного расстройства.

Список литературы

1. Электронный учебник «Психиатрия и медицинская психология». Автор: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань). Редактор: д.м.н., доц. Сахаров А.В. (Чита). Глава №27.2020
2. Гофман А.Г. Ремиссии у больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. - 2019. - №4. - С. 110-118
3. Алексей Кравченко. "Основы клинической наркологии: алкогольная зависимость и ее лечение". Москва, 2018.
4. Клинические рекомендации «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Абстинентное состояние (синдром отмены) с делирием». Год утверждения 2020.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Класс V: Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99) (адаптированный для использования в Российской Федерации). Ростов-на-Дону: «Феникс», 2019. С.118-138