

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

Заведующая кафедрой: д.м.н., доцент Березовская М.А.
Проверила: д.м.н., доцент Березовская М.А.



Реферат

Тема: Купирование алкогольных психозов

Выполнил: ординатор 2 года обучения Карпов С.М.

Красноярск 2018г

Рецензия

Данный реферат Карпова С.М. по дисциплине: "психиатрия" на тему: "Купирование алкогольных психозов" от 2018 года актуален, содержание работы соответствует заявленной теме. Работа полностью раскрывает все аспекты исследуемого вопроса. Текст логичен, последователен. Замечаний к оформлению нет. Работа принята и оценена положительно.

Оценка: 5 баллов

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



План:

1. Введение
2. Основные варианты делирия
3. Атипичные формы делирия
4. Галлюцинозы
5. Бредовые психозы
6. Энцефалопатии
7. Лечение Алкогольного психоза
8. Список литературы

ВВЕДЕНИЕ

Металкогольные (алкогольные) психозы - острые, затяжные, хронические нарушения психической деятельности в форме экзогенных, эндоформных и психоорганических расстройств у больных алкоголизмом. Они возникают во 2 и 3 стадии алкоголизма, у 10% больных.

Выделяют острые металкогольные психозы-делирии, галлюцинозы, бредовые психозы и энцефалопатии.

Делирий(белая горячка)-самая частая форма, составляет 3\4 всех металкогольных психозов. В типичных случаях и в развернутой стадии характеризуется нарушением ориентировки во времени, месте и окружающей обстановке при сохранности ориентировки в собственной личности; нарушениями восприятия в форме зрительных галлюцинаций, а также в виде слуховых, тактильных, термических, обонятельных галлюцинаций; бредовыми идеями (преследования, супружеской неверности или др.), которые отличаются конкретностью, образностью и эмоциональной насыщенностью; изменениями аффекта - страх, недоумение, юмор; двигательным возбуждением с преобладанием суетливости, стремлением прятаться, бежать, стряхивать с себя что-то, агрессией; соматовегетативными и неврологическими расстройствами; частичной амнезией психических расстройств. В 5% случаев могут быть судорожные припадки.

Обычно делирий развивается после 5 лет хронического алкоголизма.

Первому приступу делирия обычно предшествует продолжительный запой, последующие возникают и после непродолжительных периодов пьянства. Делирий возникает чаще на 2-4 день после прекращения пьянства, на фоне выраженных похмельных расстройств на фоне обратного их развития. Начало делирия часто совпадает с развитием острого соматического заболевания, травмой, хирургическим вмешательством. В 10-19% случаев делирию предшествуют судорожные припадки. Делирий начинается с появляющихся к вечеру и усиливающихся ночью наплывов образных представлений и воспоминаний; нередко зрительные иллюзии, в ряде случаев лишенные объемности зрительные галлюцинации, с сохранностью критического отношения к ним, преходящая

дезориентировка или неполная ориентировка в месте и времени. Мимика и движения оживлены, внимание легко отвлекается, настроение изменчиво, с быстрой сменой противоположных аффектов. В развернутой стадии появляется полная бессонница, иллюзии усложняются или сменяются парейдолиями, возникают истинные зрительные галлюцинации. Преобладают множественные и подвижные микропсихические галлюцинации - насекомые, змеи, нити, проволока; реже крупные животные, люди, человекоподобные существа. Зрительные галлюцинации приближаются, удаляются, меняются в размерах, превращаются в другие. Они то единичны, то множественны, сценopodobны, могут сменять друг друга. При углублении делирия могут появляться слуховые и среди них вербальные, а также тактильные, термические и обонятельные галлюцинации. Поведение, аффект и тематика бредовых высказываний соответствуют содержанию галлюцинаций. Типично быстрое изменение психопатологических проявлений делирия, особенно под влиянием внешних раздражителей. Периодически и ненадолго ослабевает или почти полностью исчезают симптомы психоза - люцидное окно. Психоз усиливается вечером и ночью, обычно кратковременный. Симптомы исчезают на 3-5 день, иногда затягивается до 1-1,5 нед. Выздоровление чаще наступает критически - после глубокого продолжительного сна, реже литически - постепенно или волнообразно (каждая последующая волна слабее предыдущей). В крови лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, увеличенная СОЭ, повышен холестерин, билирубин.

ОСНОВНЫЕ ВАРИАНТЫ ДЕЛИРИЯ.

1. Гипногический делирий ограничивается многочисленными, яркими, сценopodobными сновидениями или зрительными галлюцинациями при засыпании и закрытии глаз. Сопровождается нерезким страхом, реже - удивлением. При просыпании или открывании глаз критика появляется не сразу, длится 1-2 ночи.

2. Делирий без делирия. Возникает остро. Преобладает суетливое возбуждение с выраженным тремором и потливостью. Сенсорные расстройства отсутствуют или рудиментарны. Бывает преходящая дезориентировка в окружающем.

3. Abortивный делирий определяется развитием необильных единичных зрительных иллюзий и галлюцинаций, не создающих впечатление определенных, а тем более законченных ситуаций. Длится не более суток.

4. Систематизированный делирий. Преобладают множественные, сценopodobные (с последовательно развивающимся сюжетом) зрительные галлюцинации.

5. Делирий с выраженными вербальными галлюцинациями. Наряду с интенсивными зрительными, тактильными, термическими галлюцинациями, расстройствами схемы тела, зрительными иллюзиями постоянно присутствуют вербальные галлюцинации с устрашающим содержанием.

АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ ДЕЛИРИЯ.

1. Делирий с фантастическим содержанием отмечается при повторных психозах. Имеется последовательная смена расстройств. Сначала преобладают множественные фотопсии или элементарные зрительные галлюцинации, эпизоды образного бреда. Состояние измененного сознания сопровождается страхом, двигательным возбуждением. Через 2-3 дня, ночью, клиника усложняется: сценopodobные зрительные и слуховые галлюцинации образный бред, сопровождающиеся бредовой ориентировкой и симптомом положительного двойника, интенсивное психомоторное возбуждение со сложными координированными действиями. Через 1-2 дня периодически возникают эпизоды обездвиженности с сонливостью или обездвиженность возникает остро. В этом состоянии пациенты на вопросы отвечают односложно, после неоднократного повторения ложная ориентировка в месте и времени, высказывают бредовые

расстройства фантастического содержания. Заканчивается критически, после глубокого сна. Может сохраняться резидуальный бред.

2. Делирий с онирическими расстройствами. От фантастического отличается преобладанием с самого начала чувственно-ярких галлюцинаций, симптомов ступора, значительно меньшим иллюзорно-бредовым компонентом психоза и выраженностью сценopodobного зрительного псевдогаллюциноза.

3. Делирий с психическими автоматизмами. Психические автоматизмы возникают при усложнении типичного или на высоте систематизированного делирия при сочетании с выраженными вербальными галлюцинациями или при делириозно-онейроидных состояниях. Психические автоматизмы при делирии транзиторны, они исчезают до того, как начинают редуцироваться симптомы, на фоне которых они появились. Могут быть все виды автоматизмов - идеаторный (чаще), сенсорный, моторный, но все вместе они не встречаются. Психоз длится 1-2 нед.

4. Пролонгированный делирий (хронический). При замедленном обратном развитии делирия в течение недель, изредка месяцев могут оставаться симптомы гипногического делирия. Наряду со зрительными, при нем возможны тактильные и редкие и менее интенсивные слуховые галлюцинации. Бредовые расстройства ограничиваются легкой диффузной параноидностью, а аффективные - неглубокой тревогой и реже переходящим слабым страхом.

5. Делирий с профессиональным бредом. Психоз может начаться как типичный делирий с последующей трансформацией клинической картины. Типично преобладание относительно простых ,происходящих на ограниченном пространстве двигательных актов стереотипного содержания, отражающих отдельные бытовые действия. Характерно сокращение или сразу отсутствие люцидных промежутков, бедность сенсорных расстройств, монотонность аффекта. При этом соматоневрологические нарушения и двигательное возбуждение интенсивные. Отвлекаемость внешними раздражителями ослабевает или исчезает. Контакт затруднен. Сознание своего Я всегда сохранено. Психоз сопровождается полной амнезией. При утяжелении может смениться мусситрующим.

6. Делирий с бормотанием (мусситирующий). Сменяет другие делириозные синдромы, чаще делирий с профессиональным бредом или типичный при неблагоприятном течении. Сочетает глубокое помрачение сознания, особые двигательные и речевые нарушения с выраженными неврологическими и соматическими нарушениями. Больные не реагируют на окружающее, контакт с ними не возможен. Двигательное возбуждение в пределах постели, рудиментарные движения без простейших цельных двигательных актов. Неврологическая симптоматика - оральный автоматизм, глагодвигательные нарушения, соматическая – гипертермия, гипотензия, гипергидроз, обезвоживание. При выздоровлении полная амнезия.

Смертельный исход при алкогольном делирии наступает в 2-5 % случаев.

ГАЛЛЮЦИНОЗЫ.

Галлюцинозы - вторая после делирия группа алкогольных психозов. Средний возраст 40-43 года. Возникают не ранее чем через 7-8 лет после формирования алкоголизма. Формы галлюциноза - острый, протрагированный, хронический.

Острый галлюциноз. Чаще начинается на фоне похмельных расстройств, сопровождаемых тревогой, параноидной настроенностью и вегетативно-соматическими симптомами. Галлюцинации появляются к вечеру или ночью. Сохраняется аутопсихическая и аллопсихическая ориентировка. Характерны вербальные галлюцинации. Содержание их изменчиво, но всегда связано с реальными обстоятельствами жизни, они чувственны и наглядны. В начальном периоде психоза возникают бредовые идеи, по содержанию тесно связаны с содержанием галлюцинаций - галлюцинаторный бред. Аффект на высоте галлюциноза определяется тревогой, отчаянием, страхом. Вначале преобладает двигательное возбуждение (отчаянное сопротивление, оборона, общественно опасные действия, суициды). Вскоре поведение становится относительно упорядоченным, что маскирует психоз. Редукция симптомов происходит критически или постепенно. После психоза появляется критическое отношение к

нему. Длительность от нескольких недель до одного месяца. Разновидности галлюциноза - острый гипнагогический вербальный галлюциноз, острый абортивный галлюциноз, о. галлюциноз с выраженным бредом, о. галлюциноз, сочетающийся с делирием.

АТИПИЧНЫЕ галлюцинозы сочетаются с онейроидным помрачением сознания, выраженной депрессией, психическими автоматизмами, протрагированный галлюциноз.

Острый галлюциноз с психическими автоматизмами. Чаще идеаторные. Они всегда усиливаются и усложняются одновременно с усилением вербального галлюциноза. Преимущественно в тишине или вечером и ночью. Сопровождаются бреда и тенденцией к его систематизации.

Протрагированный галлюциноз, Это галлюциноз продолжительностью от 1 до 6 мес., начинается как типичный, позднее к психозу присоединяется депрессивное расстройство. Бредовые идеи самообвинения преобладают. Редукция психоза начинается с аффективных расстройств. Сохраняется сознание болезни, мало меняется поведение.

ХРОНИЧЕСКИЕ галлюцинозы. Встречаются редко. Длительность более 6 месяцев, до десятков лет. Хроническими становятся чаще повторные галлюцинозы, реже делирии. Могут начинаться как типичные галлюцинозы или развиваются после сложных состояний (симптомы делирия и галлюциноза, галлюциноза и параноидного расстройства),

Хронический вербальный галлюциноз без бреда. Преобладают множественные, не прекращающиеся вербальные галлюцинации, исходящие от нескольких лиц. "Голоса" не оставляют больного, вмешиваясь во все его занятия. Первоначально это вызывает протест, негодование, а затем эмоциональный резонанс блекнет, больные как бы свыкаются с ними. Сохраняется способность выполнять повседневные, а иногда и профессиональные обязанности. Сознание болезни есть всегда. При воздержании от алкоголя психоз редуцируется.

Хронический вербальный галлюциноз с бредом. Вербальный галлюциноз сходен с предыдущим, однако больные убеждены, что к ним относятся

недоброжелательно или даже преследуют их (порча, колдовство). Они поддаются разубеждению. У других больных существуют более или менее стойкие бредовые идеи преследования. Однако содержание бреда всегда связано с содержанием галлюциноза. При воздержании от приема алкоголя психоз склонен к застыванию. Поведение не нарушено, адаптация в той или иной степени может сохраняться. При повторных эксцессах могут быть обострения, напоминающие острый галлюциноз.

Хронический вербальный галлюциноз с психическими автоматизмами парафренным видоизменением бреда. "Сквозным" симптомом является вербальный галлюциноз. Со временем во время обострений появляются симптомы психического автоматизма на фоне прогрессирующего органического снижения личности, затем они становятся стойкими.

БРЕДОВЫЕ ПСИХОЗЫ (алкогольный бред)

Алкогольный параноид (алкогольный бред преследования). Психоз развивается внезапно. Возникает острый чувственный бред преследования. Сразу без сомнений больным овладевает убеждение в том, что его хотят убить. Сопровождается зрительными (блеснул нож, выглянуло дуло пистолета) и слуховыми (слова и реплики соответствующего содержания в речи окружающих) иллюзиями с резким страхом и тревогой. Поведение соответствует переживаниям - убегают, обращаются в милицию, совершают суициды, нападают на окружающих. Длительность от нескольких дней до нескольких недель.

Абортивный параноид. С неразвернутой симптоматикой, Длится от нескольких часов до суток.

Затяжной параноид. Начинается как острый алкогольный параноид, затем начинают преобладать подавленность и тревога, а страха или нет или слабо выражен. Бредовые идеи преследования с элементами системы. Выпивка усиливает симптоматику, длится психоз месяцами

Алкогольный бред ревности. Возникает у лиц с паранояльным складом характера на фоне алкогольной дегградации личности. Форма бреда зрелого

возраста. В начале идеи ревности возникают эпизодически в состоянии опьянения или похмелья. В семье создается конфликтная ситуация в результате идеи ревности становятся постоянными. Присутствует аффект дисфорический, требуют от жен признания. Далее убежденность становится непоколебимой и постоянной, не зависит от внешних обстоятельств, т. е. появляется бред. Могут совершать социальноопасные действия, особенно по отношению к жене или предполагаемому любовнику. Пьянство усиливает симптоматику и агрессию. Длится годами.

ТЕЧЕНИЕ МЕТАЛКОГОЛЬНЫХ ОСТРЫХ ПСИХОЗОВ

Острые алкогольные психозы протекают приступами, связанными с продолжающимся пьянством. Постепенно их клиника упрощается, а затем перестают возникать, несмотря на продолжающееся пьянство. Клиника атипичных психозов наоборот усложняется за счет усиления атипичного компонента.

ПРОГНОЗ МЕТАЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ

Осложнение алкоголизма психозами утяжеляет его: учащаются и удлиняются запои, промежутки становятся между ними короче, чаще употребляют суррогаты, усиливается деградация личности, усиливаются и учащаются соматические осложнения, профессиональное снижение, антисоциальное поведение учащается. У больных с повторными психозами может усложняться его клиника и произойти переход к протрагированному течению, укорачиваются интервалы между психозами. Возрастает летальность.

АЛКОГЛЬНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ

Это группа металкогольных психозов, развивающихся преимущественно в 3 стадии алкоголизма, которые постоянно сочетаются с системными соматическими

и неврологическими нарушениями. Тяжесть состояния определяется или нарушением сознания или психоорганическим синдромом. Могут быть острыми и хроническими. Энцефалопатиям предшествуют длительные запои с употреблением суррогатов. В анамнезе у многих психозы, постоянное снижение личности с психической и социальной дезадаптацией. Продромальный период может длиться до 1 года. Проявляется адинамической астенией, отвращение к пище доходящее до анорексии, нарастает физическое истощение, постоянные нарушения сна, парестезии, судороги, нарушения зрения.

ОСТРЫЕ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Энцефалопатия Гая-Вернике.

Начинается с профессионального или мусситирующего делирия. Через несколько дней клиническая картина изменяется. Днем появляется оглушение или сомнолентность, при утяжелении сопор и кома. Ухудшению психического состояния сопутствует утяжеление соматоневрологического состояния. Наиболее выражены неврологические расстройства: фибриллярные подергивания мускулатуры лица, сложные гиперкинезы, нарушения мышечного тонуса, симптомы орального автоматизма, атаксия, горизонтальный крупноразмашистый нистагм, полинвриты, ригидность мышц затылка. Больные истощены, выглядят старше своих лет, лицо сальное, язык малиновый, постоянная гипертермия тела(40-41), легко образуются пролежни, печень увеличена и болезненна. Тяжелые состояния сменяются "светлыми промежутками", когда психические и соматовегетативные нарушения стихают. Повторные ухудшения менее тяжелы и продолжительны. Выздоровливают с нормализации сна, Длится психоз 3-6 нед., исход психоорганический синдром или корсаковский.

Митигированная острая энцефалопатия.

В продромальном периоде (1-2 мес.) преобладает астения с раздражительностью, пониженным настроением, диспепсическими расстройствами, Манифестные расстройства - нетяжелый делирий ночью, а днем

тревожно - дисфорическая депрессия, всегда есть нарушения запоминания и мало выраженные сомато – неврологические нарушения. Сменяется астенией с депрессией, психоз длится до 2-3 мес, нарушения памяти сохраняются долго.

Энцефалопатия со сверхострым "молниеносным" течением.

Продром 2-3 нед., преобладает адинамическая астения с выраженным вегетативно-неврологическим компонентом. Психоз протекает как тяжелый делирий, развивается кома, смерть на 3-6 день болезни или выход в псевдопаралитический синдром.

ХРОНИЧЕСКИЕ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ.

Корсаковский психоз.

Возникает у лиц старше 40 лет, в 3 ст. алкоголизма. Начинается или после острых психозов или постепенно. Психические расстройства выражаются в фиксационной амнезии, растерянности, конфабуляциях. Сопровождаются неврологической и соматической симптоматикой, Заболевание в целом течет регрессиентно, у лиц молодого возраста возможно значительное улучшение. В ряде случаев остается значительный органический дефект.

Алкогольный псевдопаралич.

Встречается у мужчин зрелого и позднего возраста. Развивается как постепенно, так и после острых психозов на фоне деградации личности. Напоминает дементную или экспансивную форму псевдопаралича. Грубое снижение интеллекта, цинизм, грубость, сочетающиеся с тупой эйфорией, переоценкой себя до идей величия. Расстройства памяти тяжелые постоянные. Тремор рук, языка, мимической мускулатуры. При продолжающемся пьянстве течет прогрессиентно, а если возник после острых психозов, то возможно небольшое улучшение.

ПАТОГЕНЕЗ МЕТАЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ

Ведущим в патогенезе психоза является нарушение обменных и нейровегетативных процессов. Поражение печени приводит к снижению ее антитоксической функции и токсическому поражению цнс. Добавочные соматические нарушения усиливают проявления токсикоза. Это приводит к нарушению гипофизарно - надпочечниковой системы. Особое значение имеет нарушения витаминного обмена. Снижение В-1 приводит к нарушению углеводного обмена, В-6 –к нарушению цнс и жкт. С и РР- к повышению проницаемости капилляров и гемодинамическим нарушениям в головном мозге.

ЛЕЧЕНИЕ МЕТАЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ.

Терапия алкогольных психозов проводится с применением единых для нашей страны методов, утвержденных специальным приказом Министерства здравоохранения РФ.

Эффективность лечения больных острыми алкогольными психозами обеспечивается комплексностью лечебных мер, индивидуальным подходом к выработке терапевтической тактики, дифференцированным выбором лекарственных средств с учетом статуса больного, формы и тяжести психоза, соматического состояния.

Тяжесть состояния коррелирует с показателями гемостаза (кос, оцк и водно- электролитный баланс).

При алкогольных острых психозах требуется неотложное лечение в стационаре (в структуре психиатрической, наркологической больницы или специализированном реанимационном центре). Лечение включает в себя:

- 1) Дезинтоксикация;
- 2) Ликвидацию метоболических (ацидоз, гипо- и авитаминоз, гипоксия) и водно - электролитных нарушений, кос;
- 3) Устранение гемодинамических, сердечнососудистых нарушений;
- 4) Предупреждение и лечение отека легких;
- 5) Лечение отека головного мозга;

6) Лечение сопутствующей соматической патологии.

На первых этапах острых психозов лечение сходное, тактика меняется при выявлении ведущего психопатологического синдрома.

АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ.

Обследование: контроль введенной жидкости и диуреза, оак, оам, б\х анализ крови, гематокрит, экг, осмотр терапевта, невролога. Л е ч е н и е:

- 1) детоксикация - декстран, трисоль, дисоль, изотонический раствор хлорида натрия, 5% рр глюкозы и др.;
- 2) немедикаментозная детоксикация- очистительная клизма, энтеросорбенты, плазмоферрез и др.;
- 3) применение витаминов - В1, РР, аскорбиновой кислоты, В6, В12;
- 4) мочегонные средства - маннитол, фуросемид;
- 5) препараты устраняющие возбуждение и бессонницу - оксибутерат натрия, тиопентал натрия, диазепам;
- 6) ноотрпные средства - пирацетам;
- 7) антиконвульсанты - карбомозепин;
- 8) глюкокортикоиды.

При лечении делирия предпочтительна инфузионная терапия, т. к. нарушается микроциркуляция крови и всасывание вводимых подкожно или внутримышечно средств затруднено, начинают ее как можно раньше.

Перед инфузией необходимо устранить двигательное возбуждение. Для этого используют диазепам, оксибутерат натрия по 2-4 гр. в 20 мл. 5% глюкозы внутрь 3-4 раза в день или 20% рр 20-40 мл. в\в капельно, до 80 мл. в сутки. (может вызывать судорожные нарушения и остановку дыхания). Возможно их сочетание, однако при признаках оглушения, сопутствующей тяжелой соматической патологии предпочтительней седуксен. Возможно применение тиопентала-натрия (2% рр по 20-30 мл в\в очень медленно). Смесь Попова- 0,4 г. Фенобарбитала, 20 мл 96% винного спирта ,200 мл воды, 1-3 раза в сутки (эффективна в стадии предвестников

или в 1 стадии делирия). Из нейролептиков считается возможным применение 0,5% рра галоперидола по 2-3 мл в\м или в\в 1-2 раза в сутки. Применение др. нейролептиков не рекомендуется, т.к. они способствуют снижению АД, повышают проницаемость сосудов, нарастанию отека мозга, патоморфоз психоза с нарастанием неврологической симптоматики, судорожной активности, увеличивают длительность делирия, риск интеркуррентных заболеваний. При тяжелых формах делирия, соматической патологии, преклонном возрасте пациента применение нейролептиков противопоказано. Если организм обезвожен необходима регидротация, она проводится по формуле

Объем вводимой жидкости = суточный диурез +400 мл на потери с дыханием +400 мл на каждый градус выше 37 С.

При состоянии гипергидротации (симптомы отека мозга) проводят дегидротацию. Проводят дезинтоксикацию с применением медикаментозных и немедикаментозных средств, восстановление водно-электролитного баланса (недостаток электролитов компенсируется в\в введением трисоля, хлосоля), коррекция КОС (метаболический ацидоз) – улучшение сердечно-сосудистой деятельности, легочной вентиляции, коррекцией почечной и печеночной вентиляции, а так же введением 5% рра бикарбоната Na(150-200 мл\сут), кокарбоксилаза, 4% рр KCl .

Поддержание кровообращения. Угрожающим является снижение АД, из-за сократительной способности миокарда, низкий сердечный выброс. Клинически определяют типо- или гиперволемию так- в\в вводят жидкость с большой скоростью, у гиповолемического больного состояние улучшается, у гиперволемического введение даже 20-30 мл. приводит к появлению беспокойства, ухудшению состояния. Терапевтическая тактика зависит от состояния конкретного пациента, подбирается индивидуально. У больного с гиперволемией и развитием сердечной недостаточности (глухие тоны, учащение пульса, одышка, влажные хрипы в легких) терапия направлена на снижение ОЦК. Назначаются мочегонные и сердечные гликозиды, в более тяжелых случаях - вазопрессоры. При АД 110\90-100\80 вводят 200 мг дофамина в 400 мл физ. рра (10 кап в мин) увеличивается

пульсовое давление, ударный объем сердца и почечный кровоток. При АД ниже 80\60 – дофамин со скоростью 15-20 кап в мин. В течении 2-3 часов 1-4 дня. Суточная доза 400-800 мг. Можно сочетать с 0,25% рром дигоксина 1 мл. Если эффекта нет вводят норадреналин (на 1 литр рра 5% глюкозы 2-4 мл 0,2% норадреналина). Лечение сочетается с мочегонными средствами. При нарастании сердечной недостаточности применяют вместе с вазодилататорами нитраты(10 мл 1% рра нитроглицерина на 100 мл физ рра в\в кап 5-6 кап в мин).

Состояние гиповолемии опасно тем ,что несмотря на низкое АД введение средств повышающих его приводит к развитию сердечного шока. Не

обходимо восполнение ОЦК. Вводится 1,5-4 л жидкости.

В основе нарушения ритма лежат электролитные сдвиги (гипокалиемия и гипомagneземия). Вводят при тахикардиях :магнезию, рибоксин, KCl).

К развитию отека мозга приводит: нарушение гемодинамики, токсикоз, повышенная проницаемость сосудистой стенки, нарушения водно-электролитного обмена. Для профилактики его назначают гипертонические растворы глюкозы, сульфата магния. Наиболее эффективен для лечения маннитол, дегидратирующий эффект наступает через 50 мин и длится 4-8 часов. "Отдача" выражена слабо. После маннитола назначают физ. рр для возмещения ионов Na, потери жидкости, баланса электролитов. Лазикс слабо снижает внутричерепное давление, вызывая общее обезвоживание организма, Назначают также кортикостероиды (нормализуют проницаемость сосудистой стенки, препятствуют накоплению в мозговых клетках воды и натрия). Одновременно купируют гипоксию мозга (витамиотерапия большими дозами, ноотропы). Для предупреждения обтурации дых. путей производят туалет ротовой полости, следят за положением пациента в постели, переворачивают каждые 2-3 часа для профилактики пневмонии, кислородотерапия, при воспалении легких – антибиотики.

Для предупреждения нарушений функции почек – контроль диуреза, регидротация при обезвоживании, коррекция метоболических нарушений,

При появлении в структуре делирия судорожного компонента назначают карбамазепин.

Продолжительность терапии от нескольких часов до нормализации физического состояния и сна.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО И ПОДОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГАЛЛЮЦИНОЗА, АЛКОГОЛЬНОГО ПАРАНОИДА, АЛКОГОЛЬНОЙ ПАРАНОИИ, АЛКОГОЛЬНОГО БРЕДА РЕВНОСТИ, АЛКОГОЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ И КОРСАКОВСКОГО ПСИХОЗА.

- 1) детоксикация;
- 2) немедикаментозная детоксикация;
- 3) витаминотерапия;
- 4) нейролептики;
- 5) транквилизаторы и снотворные;
- 6) ноотропы.

При острой энцефалопатии лечение нейролептиками противопоказано. С момента ее диагностики начинают инфузионную терапию как при делирии с применением больших доз витаминов внутримышечно (В1-500-1000 мг, В6-500-1000 мг, С-1000 мг, РР-300-500мг) и ноотропы (ноотропил - 12 г\сут). Длительность лечения 1 мес и более. В последующем показана длительная терапия ноотропами.

При лечении острого алкогольного галлюциноза и параноида основное место в терапии занимают психотропные средства (аминазин, галоперидол).эффективно начинать с введения аминазина или тизерцина парентерально- 50 мг, затем лечение продолжают галоперидолом или трифтазином по10-15 мг 3 раза в день в\м. Затем переводят на прием нейролептиков внутрь. Амитриптиллин назначают не ранее 10 дня отрыва от алкоголя (обладая холинолитической активностью может потенцировать развитие делирия). Терапию нейролептиками осуществляют до полного исчезновения галлюцинаций и появления критики к ним, сочетают с витаминотерапией.

При затяжных галлюцинозах и параноидах первоначально проводят такую же терапию, В последующем – галоперидол(10 мг) или трифтазин (15 мг) в\м 3 р\день, при отсутствии эффекта через 3-4 нед. показана шоковая терапия.

При терапии хронических галлюцинозов назначают галоперидол или трифтазин. Достигается редукция расстройств и нормализация поведения, В случае воздержания от алкоголя возможны спонтанные ремиссии.

В лечении корсаковского психоза, алкогольного псевдопаралича, и др психоорганических хронических состояний ведущее место принадлежит повторным курсам витаминотерапии, ноотропам и общеукрепляющей терапии,

Регулярное лечение больных хроническим алкоголизмом уменьшает возможность развития у них острых металкогольных психозов

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лекции по наркологии. Под ред. Н. Н. Иванца. – М, 2009. .
2. Пятницкая И. Н. Наркомании: Руководство для врачей. – М., 2011..
3. Руководство по психиатрии: В 2-х т. Под ред. А. С. Тиганова., Т. 2 – М.: Медицина, 1999. – 784 с.

