

Лекція 10. Епідеміологія алкогольної залежності. Етіологія і патогенез. Форми зловживання спиртними напоями

Полтавський державний медичний
університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної
психології



АЛКОГОЛІЗМ - ЗАХВОРЮВАННЯ, ЩО ВИНИКАЄ ВНАСЛІДОК СИСТЕМАТИЧНОГО ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЬНИХ НАПОЇВ І ХАРАКТЕРИЗУЄТЬСЯ ПАТОЛОГІЧНИМ ПОТЯГОМ ДО НИХ, ЩО ПРИЗВОДИТЬ ДО ПСИХІЧНИХ І СОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ, ЯКІ ПОРУШУЮТЬ СОЦІАЛЬНІ ВЗАЄМОВІДНОСИНИ ІНДИВІДА.



Алкоголізм характеризується зміною реактивності організму, що проявляється наступними ознаками наркоманічного синдрому:

- хворобливий, непереборний потяг та втрата самоконтролю при вживанні спиртного (*"психічна залежність"*);
- розвиток синдрому абстиненції (утримання) - поява психічних та сомато-неврологічних симптомів хвороби при утриманні від вживання (розлади сну, жахливі сновидіння, тремор, неспокій, гіпнагогічні галюцинації, хворобливі відчуття з боку внутрішніх органів і т.ін.) - *"фізична залежність"*;
- зміна толерантності - збільшення чи зменшення індивідуальної витривалості до алкоголю;
- психотоксична дія - розлади психічної діяльності після одноразових доз і зміни особистості при тривалому вживанні;
- зміни сомато-неврологічних функцій.



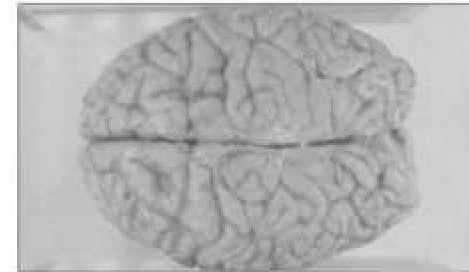
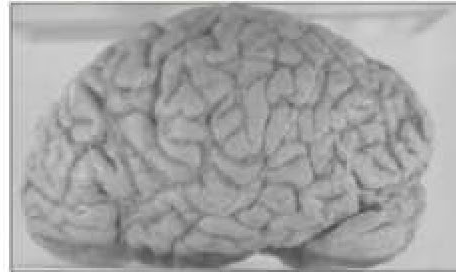
Етіологія

Серед факторів, що визначають розвиток алкоголізму як хвороби, потрібно виділити наступні:

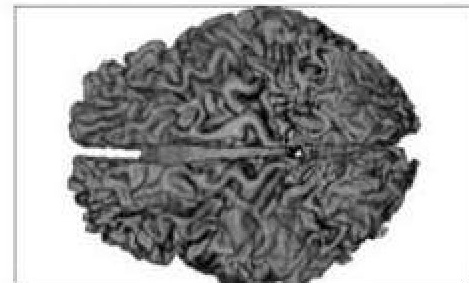
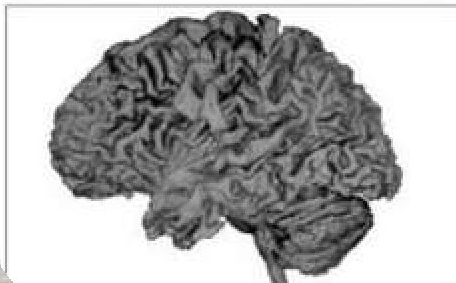
- ✓ генетичні (з обтяженою спадковістю нездолимий потяг до алкоголю виникає значно раніше і темпи розвитку алкоголізму носять прискорений характер порівняно з необтяженою спадковістю)
- ✓ фізіологічні (патології балансу вітамінів групи В і вітаміна С; порушенні співвідношення хлору і натрію у крові; порушення рівноваги між адреналіном і адренохромом)
- ✓ психологічні (мають значення у розвитку алкоголізму, через те,що нетривала стимулююча дія алкоголю знижує тривожність, напруження, зменшує страх. Певне значення відіграє темперамент людини, особистісні риси.
- ✓ соціальні (це комплекс чинників, який включає певні особливості виховання, освіти, сімейний стан, положення індивіда у суспільстві, матеріальне забезпечення, ставлення держави до проблеми алкоголізму та ін.



1. Мозг здорового человека



2. Мозг алкоголика



ПАТОГЕНЕЗ

- порушуються ферментативні процеси, обмін біогенних амінів (норадреналіну, серотоніну), особливо у мозку і гіпоталамусі
- розлади вітамінного обміну (В1)
- коливання вмісту цукру у крові (гіпер- і гіпоглікемії), які викликають своєрідне «голодання», зокрема до етанолу, і сприяють повторній алкоголізації
- почергова перевага функціонування симпатичного і парасимпатичного відділів нервової системи
- збільшення продукції морфіноподібних речовин, що, можливо, й призводить до розвитку фізичної залежності від алкоголю



Сердце алкоголика



Норма



Печень алкоголика



Норма



КЛАСИФІКАЦІЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ АЛКОГОЛІЗМІ

Гостра алкогольна інтоксикація

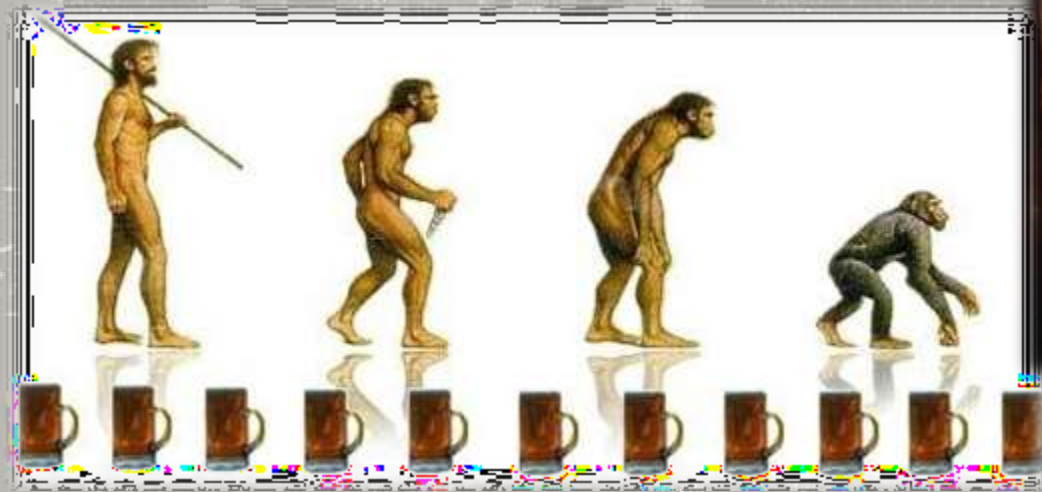
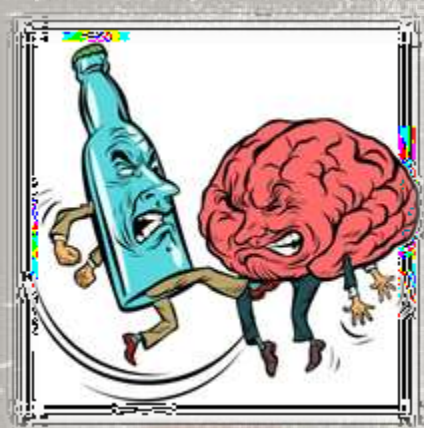
1. Звичайне алкогольне сп'яніння:

легкий ступінь

середній ступінь

важкий ступінь

2. Патологічне сп'яніння.



■ II. Хронічна алкогольна інтоксикація

- Побутове (звичне) пияцтво.
 - Алкоголізм:
 - I стадія (астенічна);
 - II стадія (наркоманічна);
 - III стадія (енцефалопатична).
 - Дипсоманія.

- Алкогольні психози:
 - гострі алкогольні психози
 - біла гарячка,
 - гострий алкогольний галюциноз,
 - гострий алкогольний параноїд;
 - хронічні алкогольні психози
 - хронічний алкогольний галюциноз,
 - алкогольне маячення ревнощів,
 - Корсаковський психоз,
 - алкогольний псевдопараліч.



ГОСТРА АЛКОГОЛЬНА ІНТОКСИКАЦІЯ

■ *легкий ступінь сп'яніння*

- * настає збудження, піднесений настрій, бадьорість, почуття благополуччя
- * реальна дійсність, взаємовідносини між людьми оцінюються неадекватно
- * пригнічуються тривога і страх (що свідчить про транквілізуючу дію алкоголю)
- * рухова розгальмованість та порушення координації рухів
- * прискорюється темп мислення
- * поведінка визначається домінуючим афектом
- * знижується здатність до критичної оцінки власних дій
- * афективна нестійкість (ейфорія змінюється озлобленістю, агресією, плаксивістю)
- * розгальмовуються вітальні почуття (підвищується апетит, лібідо, примітивна емоційність)



У цілому описану картину сп'яніння 1 можна назвати **ейфоричною формою** сп'яніння

Існують також **дисфоричні форми**

- характерно
- * переважання паганого настрою
 - * конфліктність
 - * агресивність
 - * придирливість
 - * суїцидальні думки та спроби



Алкоголь

- порушує інтелектуально-мнестичні функції

- 10-15 грамів чистого алкоголю порушують виконання психологічних тестів, погіршують розуміння інструкцій, запам'ятовування, рахування

Сп'яніння

- супроводжується погіршенням здатності до рахувальних операцій,
- ослабленням комбінаторних асоціативних процесів, зорових та слухових сприйняття, швидкості реакції.

Вегето-судинні зміни проявляються

- гіперемією обличчя
- відчуттям тепла
- розширенням периферичних судин
- тахікардією, підвищенням АТ
- прискоренням дихання, а пізніше його сповільненням
- підвищується секреція слинних і травних залоз
- прискорюється перистальтика
- підвищується діурез.



■ Середній ступінь алкогольного сп'яніння

- * гальмування вищих відділів ЦНС
 - * загальна в'ялість, зниження темпу мислення, порушення ходи
 - * мова стає дизартричною, в ній зустрічається багато повторень
 - * може розвинутися розлад орієнтування у оточуючому з втратою контролю над власною поведінкою
- (-цинічні вислови
- втрата сором'язливості
- неприкрита сексуальність
- здійснюється відправлення фізіологічних потреб при сторонніх тощо)



■ Глибокий ступінь сп'яніння

- стан, при якому спостерігаються різні по глибині розлади свідомості аж до коми
 - * можуть виникати мимовільні відходження сечі та калу, епілептичні напади
 - * настає м'язова гіпотонія, зниження температури
 - * пригнічуються рефлекс
 - * відмічається мідріаз, горизонтальний ністагм,
 - * гіпостезія, аж до повного зникнення больових відчуттів
 - * шкіра стає блідою і холодною
 - * інколи виникають пірамідальні знаки, симптоми орального автоматизму (характерні для алкогольної коми)



Смерть може наставати внаслідок пригнічення життєво важливих функцій через параліч бульбарних центрів



Особи, що перенесли тяжкі стани сп'яніння

- нічого не пам'ятають про те, що відбувалося
- довго залишаються астеничними, адинамічними
- з явищами атаксії, дизартрії, вегетативними розладами.



Період **простого алкогольного сп'яніння** триває після прийому великої кількості алкоголю у середньому від 6-7 до 12 годин.



Після **вираженого сп'яніння** настає амнезія

- «алкогольні палімпсести»
- «латана пам'ять»
- спостерігається астения, головний біль, субдепресія
- відмічається ністагм
- знижується чутливість рогівки, реакції зіниць на світло
- можливі гіпестезії, анальгезії
- знижується смакові сприйняття, сприйняття тепла і холоду, нюх
- уповільнюється період адаптації



ПАТОЛОГІЧНЕ СП'ЯНІННЯ

- гострий короточасний психотичний стан, що зустрічається рідко
- характеризується раптово виникаючим глибоким потьмаренням свідомості
- нагадує присмерковий розлад свідомості
- розвивається після прийому невеликої кількості спиртного (рідше на фоні середнього ступеню сп'яніння)
- зникають зовнішні ознаки сп'яніння :
 - * хода і мова без змін
 - * поведінка зумовлена внутрішніми психотичними, імпульсивними мотивами, почуттям тривоги,страху, які можуть змінюватися немотивованою злобою, люттю. Ці реакції можуть виникати на основі маячних і галюцинаторних переживань
- дії позбавлені спрямованості і проявляються у формі безглузвих актів нападу, захисту, або втечі
 - * призводить до тяжких антисоціальних вчинків
 - * супроводжуються або криком, стереотипним повторенням одних і тих же слів, або мовчазною зосередженістю

В залежності від клінічного перебігу виділяють форми :

- присмеркову
- деліріозну
- галюцинаторно-параноїдну
- маніакальну

Якщо у стані патологічного сп'яніння хворі скоюють кримінальні вчинки, їх визнають **неосудними**.



МЕТОДИ ЕКСПЕРТИЗИ АЛКОГОЛЬНОГО СП'ЯНІННЯ

Амбулаторний огляд

- опитування про • дозу та • вид випитого алкогольного напою,
- оцінка • скарг • зовнішнього вигляду • поведінки • ходи • мови • інших об'єктивних критеріїв
- неврологічного • психічного стану • стану внутрішніх органів.



Реакція А.М. Рапопорта

- у 2 пробірки наливають по 2 мл дистильованої води,
- пропонують особі, що обстежується, дути в одну з них через довгу скляну трубку протягом 15 с
- потім у обидві пробірки, додають по
 - 15 крапель чистої сірчаної кислоти і по
 - 1 краплі 0,5% розчину марганцевокислого калію
- при наявності алкоголю у видихуваному повітрі спостерігається зміна кольору марганцевокислого калію, а у контрольній пробірці зберігається світло-рожевий колір



Методика Л.А. Мохова та І.П. Шинкаренка

- досліджуваному пропонують дуги через спеціальну трубку.
- При наявності у видихуваному повітрі парів алкоголю сухий реагент у трубці змінює жовтий колір на зелений або блакитний.



ЛІКУВАННЯ

Медична допомога при алкогольному сп'янінні:

- Штучне викликання блювоти та промивання шлунку.
Викликати блювоту можна за допомогою підшкірного введення 0,25-0,5 мл 1% розчину солянокислого апоморфіну (одночасно тамує збудження).
- Видалення сечі за допомогою катетера (при затримці сечовиділення).
- Прийом 5-10 крапель нашатирного спирту на 1/2 стакану води.
- При порушенні серцевої діяльності і коматозному стані
 - підшкірні введення 1-2 мл 10% розчину кофеїн-бензонату натрію,
 - п/ш чи в\в ін'єкція 1-3 мл 10% коразолу (можна повторювати через кожні 1-2 години),
 - 1 мл кордіаміну,
 - 1-3 мл 0,1% розчину азотнокислого стрихніну,
 - в/в введення 200-300 мл фізіологічного розчину чи 5% розчину глюкози з 15 МО інсуліну.
- Вдихання суміші 90% кисню і 10% вуглекислоти.
- При асфіксії - вдихання кисню - штучне дихання
 - підшкірна ін'єкція 1 мл 1% розчину лобеліну
 - в/м чи в/в введення 1 мл цитітону
 - загальне та місцеве зігрівання.



Алкогольні психози

Хронічний алкоголізм у приблизно 10% випадків призводить до розвитку алкогольних психозів, найчастіше за все алкогольного делірію (білої гарячки) - до 90% усіх алкогольних психозів.

- Гострі алкогольні психози
- Хронічні алкогольні психози



Гострий алкогольний делірій

- психоз, що розвивається зазвичай на фоні тривалого важкого синдрому алкогольної абстиненції.

По мірі ускладнення синдрому абстиненції сновидіння стають дедалі жахливішими, приймають авантюрно-детективний характер (бійки, вбивства, погоня, стрибки через безодню і т.д.). Потім частково заповнюються зоологічним змістом - різні дрібні тварини. І, нарешті, хворий практично не спить вночі, і, зазвичай, у цю ніч його жахливі сни наче проектуються назовні. Виникають різноманітні зорові галюцинації, що можуть заповнювати увесь оточуючий простір. У хворих відсутнє орієнтування у часі (здається, що час йде швидше) і в оточуючій реальності, але зберігається орієнтування у власній особистості.



Алкогольний делірій

Спостерігається розмашистий тремор усього тіла, звідси назва цієї хвороби - delirium tremens (тремтячий делірій). Хворим здається, що вони в пеклі, у в'язниці і т.д. Вони відчують безперервний потік яскравих сценічних зорових галюцинацій, найчастіше загрозливого характеру. Вони бачуть небіжчиків, страшні обличчя, дрібних тварин: гризунів, земноводних і т.д., але завжди у зменшеному вигляді(мікрозоопсії); велику кількість комах, чортів і все це безперервним хором обертається навколо хворого. Можуть бути, хоча і рідше, також слухові галюцинації: крики, свист і т.д., тактильні: відчуття ниток у роті, потік води; нюхові: запах сірки та ін.

Алкогольний делірій

Максимум виразності психотичний стан набуває при алкогольному делірії в нічний час. Вранці галюцинації зникають, збудження хворого зменшується, однак наступної ночі відбувається загострення психозу.

У середньому тривалість делірію складає 5-7 днів. Небезпечний він перш за все тим, що хворі відчуючи страх, можуть скоїти агресивні дії щодо оточуючих або самогубство. Окрім того, тривале збудження та важка інтоксикація хворих може призвести в окремих випадках до смерті внаслідок серцевої недостатності, пневмонії або набряку легень.

Несприятливий перебіг також мають такі варіанти делірію, як

- професійний (хворий під час психозу імітує свою професійну діяльність)
- муситуючий (проявляється інкогерентністю мислення та хаотичною моторною активністю).

Невідкладна допомога

Внутрішньом'язове введення 10–20 мг діазепаму сприяє купіруванню алкогольного делірію і знижує вірогідність розвитку епілептоїдного нападу

Сильні нейролептики типу аміназину і тизерцину слід застосовувати з обережністю, враховуючи їх гіпотензивну дію і ризик розвитку колапсу.). Одночасно з психотропними засобами вводять 1 мл 0,06 % розчину корглікону або 1 мл 0,025 % розчину дигоксину і 10 мл 20 % розчину глюкози внутрішньовенно

Доцільне призначення 40–80 мг преднізолону всередину і великих доз вітамінів: 5 мл 5 % розчину тіаміну броміду (вітаміну В,) 3–4 рази на день внутрішньом'язово або внутрішньовенно, одночасно – 1–2 мл 1 % розчину нікотинової кислоти, 1–2 мл 5 % розчину піридоксину гідрохлориду (вітаміну В6), а також 20–50 мг ціанокобаламіну (вітаміну В12) внутрішньом'язово, 0,05 г вітаміну В15 2–3 рази на день усередину

Гострий алкогольний параноїд

- психотичний стан, що характеризується неглибоким порушенням свідомості, яскравим, афективно насиченим маяченням відношення і переслідування.

Супроводжується страхом, тривогою, епізодичними ілюзіями і галюцинаціями. Поведінка хворих визначається фабулою маячення. Тривалість гострого алкогольного параноїду від декількох днів до місяця



Гострий алкогольний галюциноз

- цей психоз також розвивається гостро, але на відміну від делірія, по-перше, перебігає при ясній свідомості з збереженням повного орієнтування у часі, місці і власній особистості; по-друге, при ньому спостерігаються виключно слухові галюцинації. Крім того, гострий алкогольний галюциноз може проявлятися як в період абстиненції, так і на висоті зловживання алкоголем.

Хворий безперервно чує голоси, які то звертаються до нього, то обговорюють його між собою. Зміст цих висловлювань пов'язаний з пияцтвом хворого. Вони погрожують йому, називають п'яницею і неробою. При цьому також можливі агресивні дії щодо оточуючих або самогубство хворих. Тривалість гострого алкогольного галюциноза в середньому 2-3 тижні.



Хронічний алкогольний галюциноз

триває місяцями і роками, клінічно нагадує шизофренію. Проте на відміну від неї поступово з'являється критичне ставлення до галюцинацій. Хворий звикається з ними і намагається не звертати уваги. Дефекту особистості за шизофренічним типом немає

Алкогольне маячення ревнощів

найчастіше виникає в осіб віком понад 40 років на тлі спричиненої алкоголізмом значної зміни особистості та імпотенції. Спочатку ревнощі проявляються лише в стані сп'яніння. З часом підозри в подружній невірності поступово переростають у маячення. «Обманутий чоловік» звертається за допомогою до органів влади, починає стежити за дружиною і може застосувати до неї жорстоке насилля, особливо коли до маячення ревнощів приєднується ідея отруєння. При алкогольному маяченні переслідування і ревнощів хворий може скоїти фізичну розправу над особою, яка, на його переконання, є ворогом хворого або коханцем дружини.

Алкогольна енцефалопатія Гайе-Верніке

Патогенез

В 1 - гіповітаміноз (В 1 виконує роль коензиму ферментів) - порушення вуглеводного обміну, синтезу амінокислот в головному мозку - зниження енергетичних ресурсів головного мозку - нейротоксична дія

В 6, РР - гіповітаміноз збільшення проникності капілярів - набряк, набухання головного мозку.

Гостра алкогольна енцефалопатія Гайе - Верніке

- відноситься до критичних станів;
- смертність сягає 10 - 25% (навіть при своєчасно розпочатої терапії);
- ризик летального результату вищий в молодому віці;
- частіше на тлі вживання сурогатів алкоголю;
- в 50% випадків - в анамнезі алкогольні психози;
- вихід в психоорганічний синдром.

Енцефалопатія Гайє-Верніке

Сукупність

- психічних порушень;
- неврологічних порушень;
- соматичних порушень.



Психічні порушення

- Рідко картина класичного делірію;
- Мала вираженість ілюзорних та галюцинаторних розладів;
- Психомоторне збудження обмежене межами ліжку (аментиподібне);
- статичність і одноманітність зорових образів;
- афективні порушення монотонні і визначаються тривогою.

Неврологічні порушення

1. Атаксія, яка може ще проявлятися на етапі продромальних явищ, а в міру розвитку хвороби вона може досягти арефлексії;
2. Офтальмологічні порушення, які є ранніми і постійними симптомами від великорозмашистого горизонтального ністагму до зовнішньої офтальмоплегії, коли порушуються всі моторні функції ока;
3. Мають місце насильницькі скорочення в оральної мускулатури (сіпання язика, губ і м'язів обличчя);
4. Виражені рефлекси орального автоматизму і хапальні рефлекси;
5. Зниження больової і температурної чутливості;
6. Кістково-сухожильні (колінно - ліктьові) рефлекси підвищені;
7. Зниження ахіллових і черевних рефлексів;
8. М'язи кінцівок гіпотрофічні, зі зниженням м'язової сили;
9. Ригідність м'язів потилиці

Соматичні порушення

1. Субфебрилітет (підвищення температури до 40 -41 градуса - прогностично несприятлива ознака);
2. Виснажений вигляд хворих, жовтушність склер, мармуровість шкіри, акроціаноз;
3. Типові порушення серцевого ритму у формі тахікардії, на ЕКГ подовження QT, з. Т згладжений;
4. Є тенденція до гіпотонії з частими колаптоїдний станами;
5. Шкіра суха, схильність до утворення пролежнів;
6. Дихання прискорене до 30 -35 і більше в 1 хвилину; неглибоке, як наслідок грубого порушення імунологічних механізмів майже неминуче виникає пневмонія;
7. Язик сухий, живіт роздутий, печінка збільшена, перистальтика кишечника ослаблена, рідкий стілець.

Лікування

- Масивна інфузійна терапія в обсязі 40-50 мл / кг під контролем центрального венозного тиску, електролітного балансу, КЛБ крові, цукру крові і діурезу.
- Форсований діурез. Доза фуросеміду по діурезу, зазвичай не менше 40 -60 мг на добу. При явищах набряку головного: порушення свідомості, вузькі зіниці, ригідність м'язів потилиці - манітол 400 -800 мл на добу під контролем електролітів крові. Глюкозу не призначати! до стабілізації стану.
- Оксигенотерапія
- Тіамін вводиться в добовій дозі до 1000 мг (20 мл 5% розчину) в першу добу внутрішньовенно крапельно на фіз. розчині і струменево. При стабілізації стану доза зменшується до середньотерапевтичної- 2 мл 5% розчину 1 -2 рази на добу в / м.
- Одночасно з введенням тіаміну призначаються розчини піридоксину гідрохлориду 5% 5 -10 мл в / в- струменево, в / в крапельно; нікотинової кислоти 0, 1% до 10 мл в / в; аскорбінової кислоти 5% 5 -10 мл в / м, в / в крапельно.

Корсаківський психоз

– психотичний стан, який розвивається на тлі багаторічного зловживання алкоголем, одна з форм хронічної алкогольної енцефалопатії. Виявляється втратою пам'яті на поточні події, конфабуляціями і анамнестичним дезорієнтуванням, що поєднуються з алкогольною поліневропатією.

Зазвичай є результатом енцефалопатії Верніке або важкого алкогольного делірію, рідше виникає поступово, при відсутності попереднього гострого психозу.

Корсаківський психоз

Корсаковський психоз характеризується важкими порушеннями пам'яті та свідомості (фіксаційна амнезія, конфабуляції та амнестичне дезорієнтування), пригніченим настроєм у пацієнтів. Відзначаються млявість, пасивність, зниження спонукань, підвищувальна втомлюваність

Обов'язкові неврити нижніх кінцівок. Характерні паралічі і парези з атрофією м'язів, зникнення або ослаблення сухожильних рефлексів, хворобливість нервових стовбурів, порушення чутливості

Відзначається зниження інтелекту і слабкість суджень

Алкогольний псевдопараліч

Алкогольний псевдопараліч частіше вражає чоловіків віком від 40 до 50 років та проявляється психічними порушеннями (маніакальні і маячні стани, розлади пам'яті) й неврологічними проявами (тремор кінцівок та зміна миміки лицьових м'язів).

Зазвичай розвивається після тяжких деліріїв чи енцефалопатії Гайє-Верніке

Психічні і неврологічні розлади нагадують прогресивний параліч, частіше всього дементну чи експансивну форми.

Хворі некритичні, пасивні, бездіяльні, знижений рівень суджень, втрата набутих знань, відсутність критики, іноді виникає благодушність

В частини випадків переважають роздратованість, незадоволеність, іпохондричність



ЖИТТЯ ПРЕКРАСНЕ БЕЗ АЛКОГОЛЮ



ТВОЯ ЖИЗНЬ - ТВОЙ ВЫБОР!

**ТРЕЗВОСТЬ -
ВЫБОР
СИЛЬНЫХ!**

