

# Клинические аспекты наркологии часть 1

к.п.н. Чумаков В.И.

Лекция для студентов 3 курса направления «социальная  
работа» по дисциплине  
«Медико-социальная работа в наркологии»

# План лекции

- 1) Психодиагностическое сопровождение наркологического пациента <http://r-n-l.ru/events/2016/kaliningrad/pdf/3.pdf>
- 2) Отражение темы аддикции в искусстве. Классификация алкогольных психозов
- 3) Осложнения при фармакотерапии алкоголизма, степени опьянения
- 4) Классификации алкоголизма
- 5) Виды и компоненты патологического влечения к алкоголю, Основные виды заострения преморбидных личностных черт характера
- 6) Варианты деградации личности при алкоголизме, белая горячка (делирий)

# Задания

- Тест
- Ментальная карта
- Анализ книги - Ростовщиков В.В. Наркология (в таблицах и схемах)
- Игра



# Адаптационный этап реабилитации

В качестве психодиагностического инструментария на этом этапе используются следующие методы:

1. Пакет классических патопсихологических методик, предложенных Б.В.Зейгарник и С.Я.Рубинштейн: «Сравнение понятий», «Исключение предметов», «Исключение понятий», «Простые и сложные аналогии», «Ответные ассоциации», «Тематические ассоциации», «Пословицы и поговорки», сюжетные картинки, последовательность событий, проба на запоминание 10 слов, тест визуальной ретенции А.Бентона.

2. «Нейропсихологическая диагностика минимальной мозговой дефицитности у больных, зависимых от психоактивных веществ», составленная А.У.Тархан и О.Ф.Ерышевым, рекомендованная Санкт-Петербургским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В.М.Бехтерева.

3. «Методика многофакторного исследования личности (ММИЛ)», модифицированная Ф.Б.Березиным.

4. Методика «Диагностика мотивации потребления алкоголя» (МПА), разработанная В.Ю.Завьяловым

5. «Методика исследования терапевтических установок» Ю.В.Валентика и В.Н.Курышова.

На интеграционном этапе лечебно-реабилитационного процесса проводится психодиагностическое обследование пациента с целью получения дополнительных сведений об индивидуально-психологических особенностях личности. Для этого в качестве основного психологического инструментария используются следующие методики:

- «Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)»;
- «Шкала тревожности Спилбергера-Ханина»;
- «Шкала депрессии» Т.И.Балашовой;
- «Шкала астенического состояния», созданная Л.Д.Малковой;
- «Торонтская алекситимическая шкала (ТАС)»;
- «Шкала эмоционального отклика» А.Меграбяна и Н.Эпштейна;
- «Методика для определения стратегий копинг-поведения» Э.Хайма;
- «Копинг-тест Лазаруса» Р.Лазарус и С.Фолкман;
- «Индикатор стратегий преодоления стресса» Н.А.Сирота, В.М.Ялтонский;
- «16-ти факторный опросник Кеттелла»;
- Методика «Репертуарных решеток» Дж.Келли;
- «Индекс жизненного стиля (ИЖС)» Л.И.Вассермана;
- «Семантический дифференциал» Ч.Осгуда;
- «Уровень субъективного контроля» Е.Ф.Бажин, Е.А.Голынкина, Л.М.Эткинд;
- «Личностный дифференциал» Е.Ф.Бажина и А.М.Эткинда;
- «Стиль саморегуляции поведения (ССП)», В.И.Маросанов.

# Характеристики ремиссии

Комплексный анализ для оценки уровня реадaptации зависимого от ПАВ к трезвому образу жизни и качественных характеристик ремиссии состоит трех следующих важнейших компонентов:

- ✓ уровень тяжести психопатологических расстройств в ремиссии,
- ✓ социальное функционирование,
- ✓ субъективная оценка качества жизни.

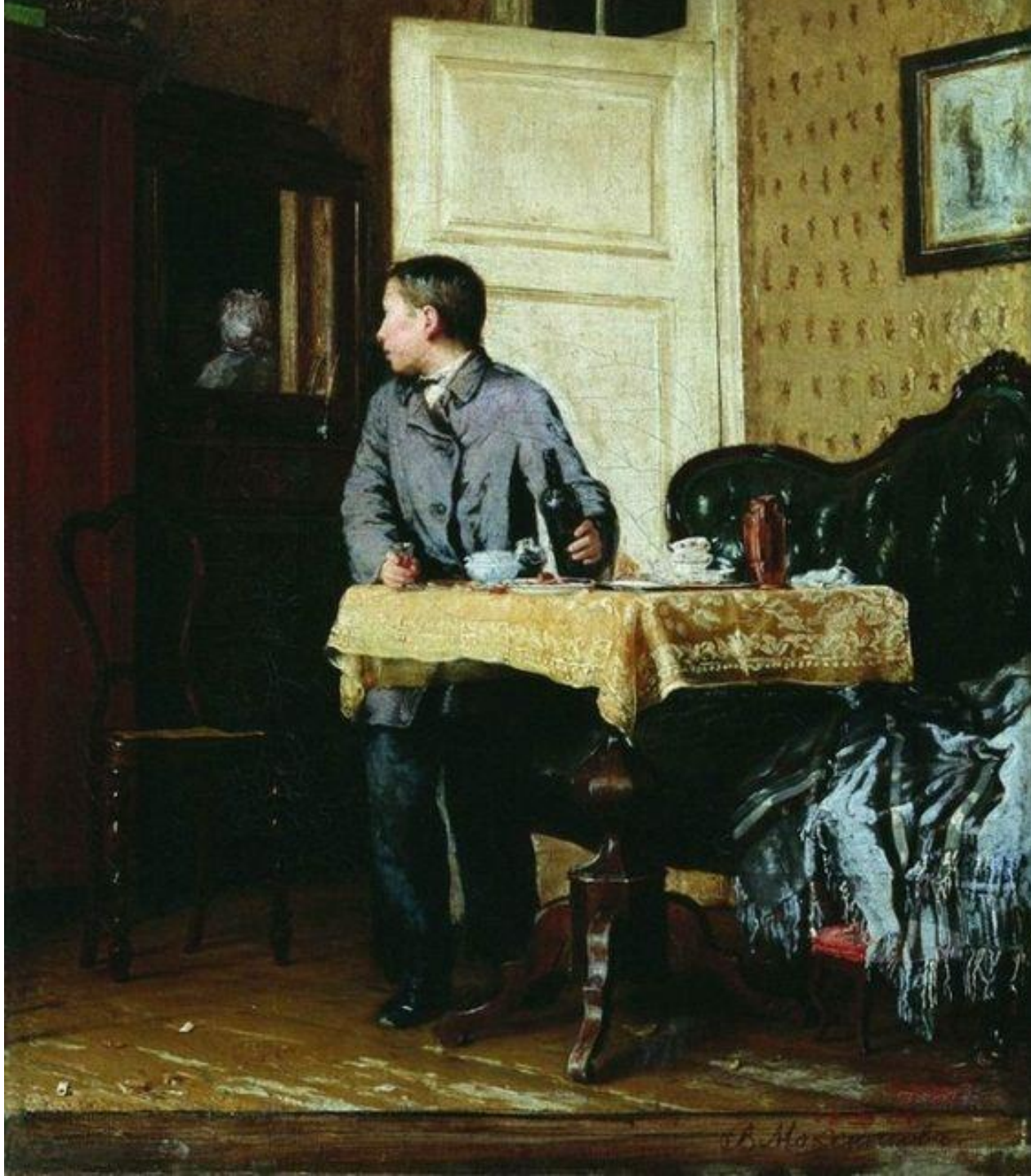
Задачи исследования:

1. Оценка частоты и выраженности сохраняющихся психопатологических расстройств (клинического и субклинического уровня) на этапах становления и стабилизации ремиссии (т. е. в динамике).
2. Оценка уровня социального функционирования больных в основных сферах жизнедеятельности.
3. Анализ субъективного восприятия качества жизни.
4. Определение типологической структуры ремиссии с учетом клинических, психологических и социальных характеристик больных зависимостью от ПАВ.



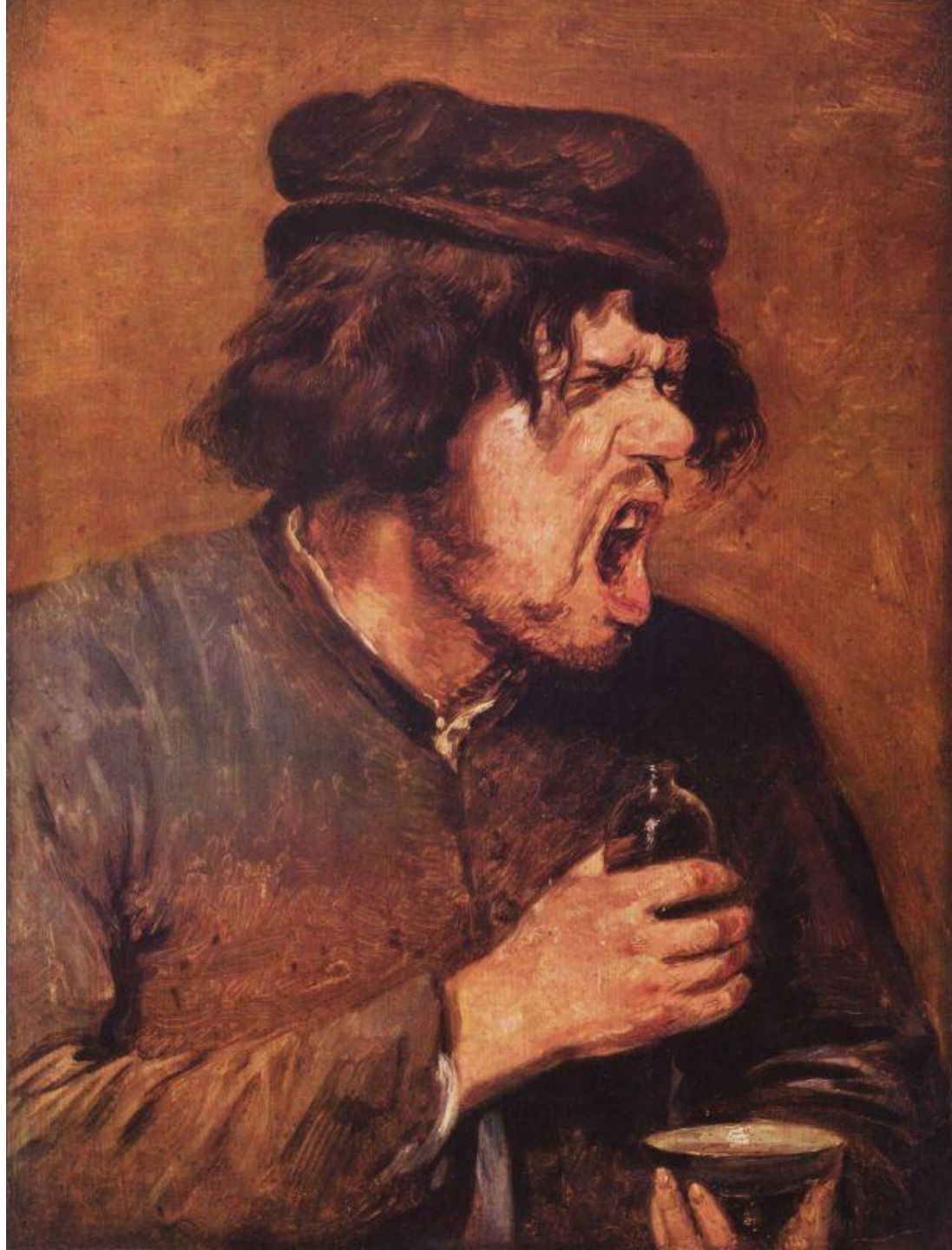












в нашем мозге есть защитный механизм, который срабатывает тогда, когда в крови **оказывается 0,12% алкоголя**. Механизм простой — включаются центры мозга, отвечающие за тошноту. Это самый быстрый способ вывести яд из организма.



- <https://sanatoriynadezhda.ru/krov-v-rvot-posle-alkogolya/>





при постоянном употреблении дофамин начинает выделяться не по факту употребления алкоголя, а в ответ на условные стимулы, которые обычно предшествуют выпивке. **Стимулы могут быть разными: начиная от конкретного человека до эмоций или обстановки.**



















**Алкогольные психозы** — группа патологических состояний, возникающих вследствие употребления алкоголя.

В современной медицине этот вид психозов называют «металкогольными», так как они возникают не во время употребления спиртного, а после резкого прекращения запоя, на пике абстинентного синдрома.





И. Репинъ 85



## Частота алкогольных психозов

По данным ВОЗ:

металкогольные психозы возникают у  
10% больных алкоголизмом

по данным отечественных авторов  
до 15%

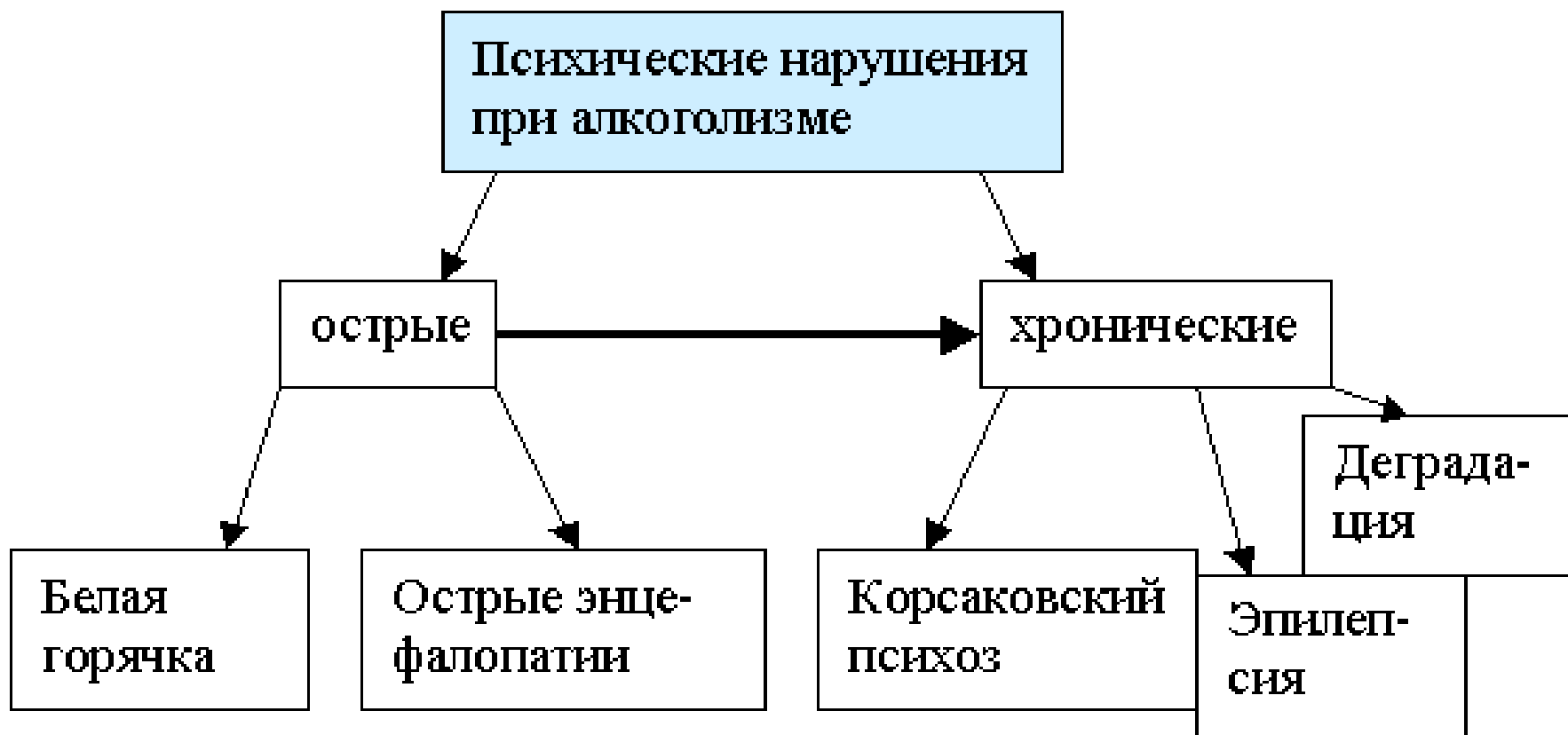


## Патогенез острых алкогольных психозов

- Основное значение в патогенезе алкогольных психозов придается нарушению нейромедиации:
  1. Дофаминовой системы
  2. Опиатной системы
  3. Серотониновой системы

имеет значение нарушение антитоксической функции печени.

В патогенезе алкогольных энцефалопатий особую роль играет дефицит витаминов группы В, прежде всего тиамина



## Металкогольные (алкогольные) психозы

### КЛАССИФИКАЦИЯ МЕТАЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ





## Наиболее часто встречающиеся психотические состояния (I)

---

1. Острый параноид (бред преследования, физического уничтожения).
2. Острый галлюциноз с преобладанием бреда преследования.
3. Острый галлюциноз с преобладанием тоскливости.
4. Острый галлюциноз с обилием обманов восприятия (в том числе с явлениями кратковременного ступора).
5. Острый галлюциноз с эпизодическими зрительными галлюцинациями.
6. Острый галлюциноз, на высоте развития которого возникает делириозное или онейродное помрачение сознания.

## Наиболее часто встречающиеся психотические состояния (II)

---

7. Чередование клинической картины галлюциноза и делирия в разное время суток.
8. Смена галлюциноза делирием или промежуточные между галлюцинозом и делирием состояния.
9. Ориентированный делирий, гипнагогический делирий и зрительный галлюциноз.
10. Ложная ориентировка с суетливостью без обманов восприятия (делирий без делирия).
11. Делирий с обильными обманами восприятия и дезориентировкой или ложной ориентировкой (систематизированный, с преобладанием слуховых обманов, классический, с психическими автоматизмами, фантастический).

## Наиболее часто встречающиеся психотические состояния (III)

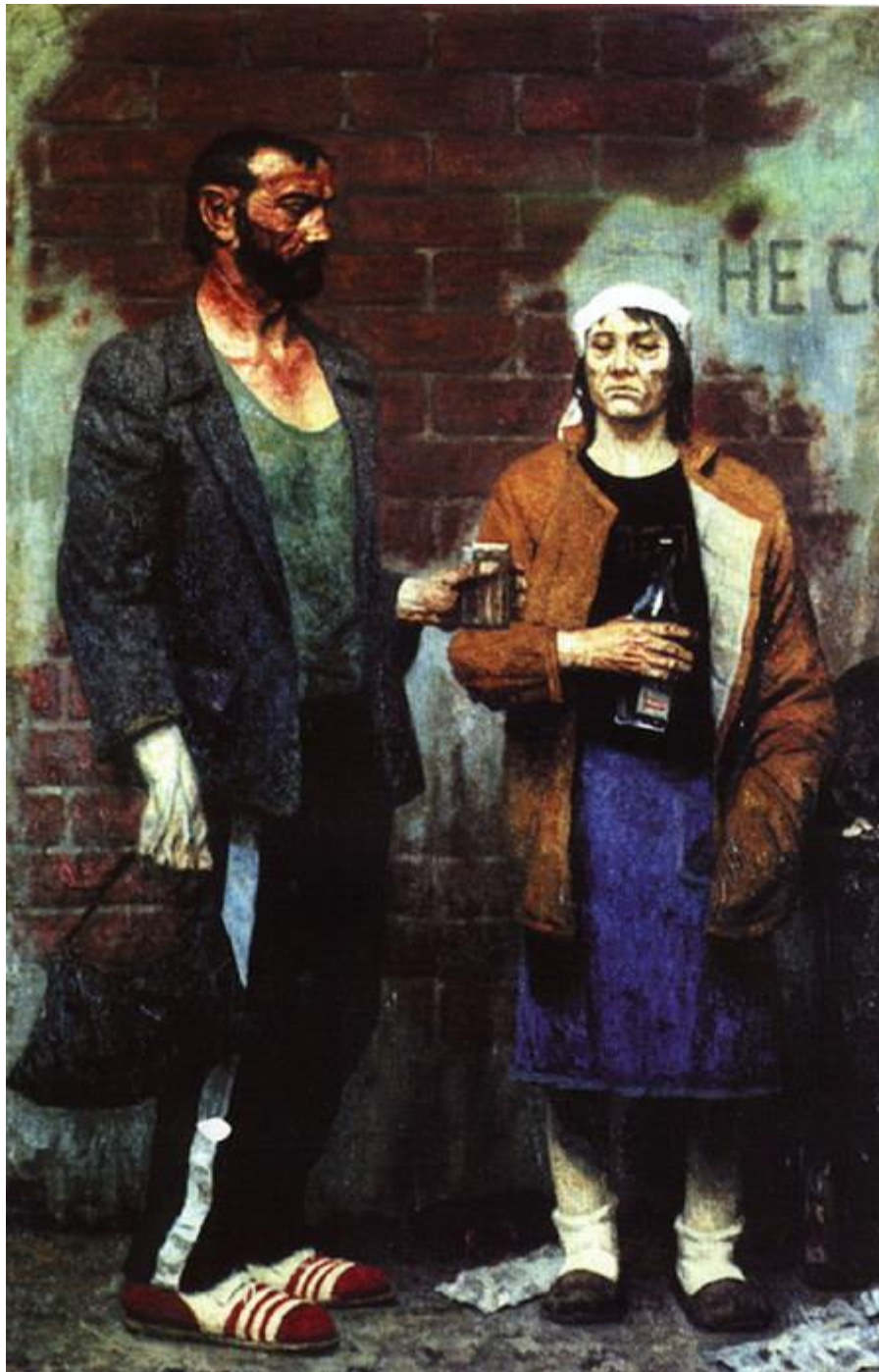
---

12. Профессиональный делирий.
13. Гиперкинетический делирий.
14. Дезориентировка с оглушенностью
15. Аменция (галлюцинаторная).
16. Мусситирующий делирий.
17. Сопор и кома.
18. Транзиторное слабоумие (в том числе обратимый амнестический синдром).
19. Стойкий психоорганический синдром или стойкое слабоумие (в том числе корсаковский синдром).

# Дифференциальная диагностика острых алкогольных галлюцинозов (1-14) №1

Признак	Алкогольный галлюциноз	Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом
<b>1. Условия возникновения психоза</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- давность злоупотребления алкоголем обычно более 5 лет;</li><li>☞ давность похмельного синдрома не менее 3-х лет.</li><li>- длительность запоя перед психозом обычно не менее 5-6 дней.</li><li>☞ Темп формирования алкоголизма обычный.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>☞ давность злоупотребления алкоголем обычно 2-3 года;</li><li>☞ давность похмельного синдрома нередко 1-2 года;</li><li>☞ длительность запоя перед психозом нередко 1-2 дня.</li><li>☞ Темп формирования алкоголизма чаще ускоренный.</li></ul>





## Варианты алкогольного делирия (Шумский Н.Г., 1983)

Делирий без делирия	Суетливое возбуждение, выраженный тремор, потливость, преходящая дезориентировка в окружающем.
Абортивный делирий	Единичные зрительные иллюзии, микропсихические галлюцинации, акоазмы, фонемы, аффект тревоги или страха, кратковременные приступы двигательного возбуждения.
Гипнагогический делирий	Яркие сценopodobные сновидения или зрительные галлюцинации при засыпании и закрывании глаз с критическим отношением к ним.
Систематизированный делирий	Множественные сценopodobные зрительные галлюцинации, аллопсихическая дезориентировка, идеи преследования, ложные узнавания, аффект страха.
Гипнагогический делирий	Яркие сценopodobные сновидения или зрительные галлюцинации при засыпании и закрывании глаз с критическим отношением к ним.
Гипнагогический делирий Фантастического содержания или гипнагогический ониризм	Обильные чувственно-яркие зрительные сценopodobные галлюцинации фантастического содержания, исчезающие при открывании глаз, аффект удивления.
Делирий с фантастическим содержанием или алкогольный онейроид	Манифестация как при систематизированном делирии, эпизоды обездвиженности с меняющейся мимикой, галлюцинаторные переживания картин сражений, катастроф, космических полетов, пассивное наблюдение.

# Острый алкогольный параноид.

---

## 1. Условия возникновения.

- вторая стадия алкоголизма
- алкогольный абстинентный синдром
- первые 3-4 дня после прекращения приема алкоголя.

## 2. Структура психоза.

Острый параноид, синдромологически тождественный ситуационному параноиду/параноиду внешней обстановке С.Г. Жислина/. Негаллюцинаторный бред преследования/чаще бред физического уничтожения/. Возможны единичные обманы восприятия в начале психоза, содержание которых не связано с тематикой бреда.

## 3. Поведение.

Бегство, обращение за помощью, не бывает агрессии и суицидов.

# Острый алкогольный параноид.

---

## 4. Ограничение от шизофрении

Отсутствие депрессивно-параноидных расстройств, проявлений синдрома Кандинского-Клерамбо, кататонических включений, деперсонализационно-дереализационных проявлений.

5. Изменения личности после окончания психоза характерные для алкоголизма или для различных психопатий, акцентуаций характера.

6. Длительность психоза при современных методах лечения в пределах 10 дней /прекращение бредовой трактовки поведения окружающих, нормализация настроения, поведения/.

# Алкогольные галлюцинозы

---

1. Острый алкогольный галлюциноз  
/длительность до 1 месяца/.
2. Протрагированный алкогольный галлюциноз /длительность не более 1 года/.
3. Хронический алкогольный галлюциноз  
/длительность более 1 года/.
4. Условия возникновения
  - вторая стадия алкоголизма, многодневное злоупотребление алкоголем /суточная толерантность не менее 500 мл. водки/.
  - алкогольный абстинентный синдром.
  - возникновение психоза в первые 3-4 дня после прекращения потребления алкоголя /очень редко во время запоя/.

# Типичные галлюцинации

<https://avtorsvoejzhizni.ru/lechenie/delirij-simptomy-lechenie-prichiny-alkogolnyj-delirij.html>

- Обычно больные **«видят» мелких животных**, реже – фантастических чудовищ или реальных крупных зверей. Нередко наблюдаются тактильные галлюцинации – возникает ощущение мелкого инородного тела (например, волоска) во рту.
- У некоторых пациентов присутствуют слуховые галлюцинации – осуждающие или угрожающие голоса. Состояние больных постепенно ухудшается, они все больше «погружаются» **в альтернативную реальность**.
- Пациентам кажется, что положение их тела изменяется, посторонние предметы вращаются, падают или качаются. В воображении больных возникают сцены с инопланетянами, фантастическими существами или реальными животными.
- Изменяется восприятие времени.
- В утренние и дневные часы появляются светлые промежутки, в вечернее и ночное время состояние больных ухудшается.



# Острый алкогольный галлюциноз

---

1. Абортивный алкогольный галлюциноз /длительность менее суток, неполная представленность симптоматики, фактически дебют развернутого психоза/.
2. Галлюциноз с преобладанием обманов восприятия или типичный острый алкогольный галлюциноз.
3. Галлюциноз с включением делириозных или онейроидных расстройств.
4. Галлюциноз с преобладанием параноидных расстройств /бред преследования в сочетании со скудными обманами восприятия/.
5. Атипичные алкогольные галлюцинозы
  - с выраженной депрессией и скудными обманами восприятия
  - с кратковременным, длящимся несколько часов ступором
  - зрительный галлюциноз без признаков помрачения сознания.
6. Отсутствие после окончания психоза характерных для шизофрении изменений мышления и эмоционально-волевой сферы.



# 1 стадия алк.делирия

Классический вариант алкогольного делирия характеризуется рядом последовательных стадий

## Инициальная стадия

- ❑ К вечеру (к ночи) у больных повышается общее беспокойство
- ❑ Появляется настороженность, говорливость, суетливое поведение, гиперэкспрессивность мимики и жестов.
- ❑ Яркие гипнагогические галлюцинации, обычно сочетающиеся с аффектом страха.
- ❑ сценические галлюцинации с дезориентировкой при закрытых глазах. При открывании глаз галлюцинации исчезают, ориентировка восстанавливается.
- ❑ обманы восприятия при открытых глазах.
- ❑ Резко ухудшается сон. Развивается преходящая дезориентировка в окружающем вне связи со сном.
- ❑ Больные становятся чрезвычайно внушаемыми, у них легко можно вызвать галлюцинации внушением.

## Инициальная стадия

- Характерно суетливое поведение, соответствующее содержанию галлюцинаторных переживаний, движения порывистые, плохо координированные
- Больные могут высказывать отрывочные бредовые идеи преследования, отличающиеся конкретностью и несистематизированностью
- Тематика бредовых высказываний, а также эмоциональное состояние соответствуют содержанию галлюцинаций
- Эмоциональное состояние изменчиво – от страха, тревоги, недоумения до веселости
- Болезненные симптомы усиливаются к ночи



# Развернутая стадия

- Развернутая стадия делирия - галлюцинаторное помрачение сознания.
- На фоне бессонницы у больных нарушается ориентировка в месте, времени и окружающих лицах.
- Аутопсихическая ориентировка сохраняется.
- Наплыв ярких истинные зрительные галлюцинации
- Мышление нецеленаправленное, ассоциации случайные
- Внимание все время остается неустойчивым, больные легко отвлекаются на любые раздражители
- Грубо нарушена память, уже через несколько минут больные не помнят, что они рассказывали врачу
- критики к своему состоянию нет.



## Развернутая стадия

- Характерно суетливое поведение, соответствующее содержанию галлюцинаторных переживаний, движения порывистые, плохо координированные
- Больные могут высказывать отрывочные бредовые идеи преследования, отличающиеся конкретностью и несистематизированностью
- Тематика бредовых высказываний, а также эмоциональное состояние соответствуют содержанию галлюцинаций
- Эмоциональное состояние изменчиво – от страха, тревоги, недоумения до веселости
- Болезненные симптомы усиливаются к ночи



# Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике

- Энцефалопатией Гайе-Вернике (ЭГВ) – заболевают преимущественно мужчины от 30 до 50 лет.
- Причиной развития ЭГВ является дефицит тиамина (витамина В1), наиболее часто это происходит при хронической алкогольной интоксикации.
- Действие алкоголя главным образом связано с замещением в диете продуктов, содержащих тиамин, но также обусловлено увеличением потребности организма в витаминах группы В, которые необходимы для обмена углеводов, поставляемых самим алкоголем, а также нарушениями абсорбции витаминов в желудочно-кишечном тракте.

## Клиническая картина энцефалопатии Гайе-Вернике

- В начале психоза появляются симптомы тяжело протекающего делирия (мусситирующего или профессионального). Возбуждение в пределах постели, истинные галлюцинации (обычно зрительные, отрывочные, статичные) сопровождаются тревогой, речь бессвязная.
- Через 2-4 дня нарушение сознания углубляется до оглушения, сопора и в тяжелых случаях – комы.
- Присоединяются грубые нарушения в неврологической и соматической сферах – глазодвигательные нарушения, рефлексы орального автоматизма, гиперкинезы, нарушение мышечного тонуса, вегетативные расстройства, признаки пирамидной недостаточности, трофические поражения.



# Корсаковский психоз

- В большинстве наблюдений вначале возникают развернутые или abortивные делирии, которые могут принять затяжной характер.
- Состояния делириозной спутанности наблюдаются на протяжении 2-3 недель
- Характерна триада симптомов:
  1. фиксационная амнезия,
  2. псевдореминисценции и конфабуляции
  3. амнестическая дезориентировка
- Прежние навыки и знания хорошо сохраняются, давно знакомых узнают сразу. Психоз нередко сопровождается формированием полиневропатии с проявлением чувствительных и двигательных нарушений
- Психоз протекает хронически –месяцы и годы.



- Конфабуляции – ложные воспоминания



Генетические нарушения,  
связанные с алкоголизмом  
осложнения при фармакотерапии



# Генетические нарушения, связанные с алкоголизмом (1-3) № 1

Генетические нарушения	Признаки
Дефицит серотонина	<ul style="list-style-type: none"><li>• более низкое соотношение в крови триптофана (аминокислоты-предшественницы серотонина) к другим аминокислотам чаще встречается в случае семейного, рано начинающегося алкоголизма, чем в случае ненаследственного, поздно начинающегося алкоголизма;</li><li>• двухфазный эффект алкоголя проявляется сначала во временном увеличении серотоинергической активности, а позднее — в подавлении этой нейрохимической системы. <i>Так формируется потребность в приеме дополнительного количества алкоголя;</i></li><li>• антидепрессанты последних поколений, которые селективно блокируют повторный захват серотонина, помогают снизить количество потребляемого спиртного.</li></ul>



# Генетические нарушения, связанные с алкоголизмом (1-3) № 1

<b>Генетические нарушения</b>	<b>Признаки</b>
<b>Недостаточная способность мозга окислять альдегиды</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>После потребления спиртного спинальная жидкость алкоголиков имеет больше продуктов альдегидной конденсации, чем спинальная жидкость неалкоголиков.</b></li></ul>



Deni

# Типичные осложнения при фармакотерапии алкоголизма

(слайд 1- 4)

№1

Препараты	Нежелательные эффекты	Осложнения
<i>Нейролептики</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Холинолитическое действие;</li><li>- Адренолитическое действие;</li><li>- повышение судорожной готовности;</li><li>- гепатотоксическое влияние;</li><li>- стойкое антидофаминергическое действие.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Провокация либо утяжеление течения делирия;</li><li>- нарушение гемодинамики, в т.ч. феномен «обкрадывания» мозговых сосудов;</li><li>- пароксизмальные состояния;</li><li>- лекарственный гепатит;</li><li>- нейролептические состояния (включая ЗНС).</li></ul>



AM

# Типичные осложнения при фармакотерапии алкоголизма

(слайд 1 – 4)

№2

Препараты	Нежелательные эффекты	Осложнения
<i>Антидепрессанты</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Холинолитическое действие;</li><li>-повышение активности катехоламинэргических нейронов и неспецифическое стимулирующее действие;</li><li>- гепатотоксическое влияние.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Провокация либо утяжеление течения делирия;</li><li>-повышение тревоги;</li><li>- ажитация, психомоторное возбуждение, бессонница;</li><li>- лекарственный гепатит</li></ul>





# Типичные осложнения при фармакотерапии алкоголизма

(слайд 1 – 4)

№3

Препараты	Нежелательные эффекты	Осложнения
<i>Антигистаминные препараты</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Холинолитическое действие;</li><li>- Гепатотоксическое влияние.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Провокация либо утяжеление течения делирия.</li></ul>
<i>Противопаркинсонические средства из группы центральных холиноблокаторов</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Холинолитическое действие</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Провокация либо утяжеление течения делирия</li></ul>



# Типичные осложнения при фармакотерапии алкоголизма

(слайд 1 – 4)

№4

Препараты	Нежелательные эффекты	Осложнения
<i>Препараты глюкозы</i>	Истощение церебральных депо тиамина.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Развитие острой энцефалопатии либо усиление имеющихся её проявлений;</li><li>- провокация либо утяжеление течения делирия.</li></ul>
<i>Препараты ГОМК</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Повышение судорожной готовности;</li><li>- калийуретическое действие.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Пароксизмальные состояния;</li><li>- гипокалиемия и связанные с ней психические и гемодинамические нарушения.</li></ul>



# Симптоматика алкогольных гипо- и авитаминозов (1)

<b>Вещество</b>	<b>Сут. потреб-ность</b>	<b>Симптомы дефицита</b>	<b>Основные клинические проявления алкогольного авитаминоза</b>
<b>Витамин «В 1»</b> <i>(тиамин)</i>	1,2-2,1 мг	Слабость, атаксия, периферическая нейропатия, нистагм, паралич У1 пары черепных нервов, офтальмоплегия, мнестические расстройства, нарушение сердечной деятельности.	Дефицит тиамин составляет этиологическую основу таких клинических феноменов, как болезнь «бери-бери», алкогольная полинейропатия, алкогольные психозы (включая алкогольный делирий, энцефалопатию Гайе-Вернике, Корсаковский психоз и др.). Тяжелые формы дефицита могут вызвать кому и внезапную смерть.



# Симптоматика алкогольных гипо- гипо- и авитаминозов (2)

<b>Вещество</b>	<b>Сут. потреб-ность</b>	<b>Симптомы дефицита</b>	<b>Основные клинические проявления алкогольного авитаминоза</b>
<b>Витамин «В 6»</b> <i>(пиридоксин)</i>	0,4-2,0 мг	Поражение периферических нервов, атаксия, раздражительность, нарушения сна, анемия, поражение кожных покровов и слизистых оболочек.	Дефицит пиридоксина характерен для многих случаев алкоголизма и нередко лежит в основе неврологических нарушений и неврозоподобных психических расстройств.

# Симптоматика алкогольных гипо- и авитаминозов (3)

<b>Вещество</b>	<b>Сут. потреб- ность</b>	<b>Симптомы дефицита</b>	<b>Основные клинические проявления алкогольного авитаминоза</b>
<b>Витамин «В 2» (рибофлавин)</b>	0,4-2,2 мг	Поражение ЦНС и периферических нервов, слабость, атаксия, фотодермит, стоматит, гастрит, диарея.	Дефицит рибофлавина оказывает влияние на развитие алкогольной полинейропатии и деменции, в т.ч. при алкогольной пеллагре.



# Симптоматика алкогольных гипо- и авитаминозов (4)

<b>Вещество</b>	<b>Сут. потребность</b>	<b>Симптомы дефицита</b>	<b>Основные клинические проявления алкогольного авитаминоза</b>
<b>Витамин «С»</b> <i>(аскорбиновая кислота)</i>	30,0-100,0 мг	Слабость, сонливость, поражение кожных покровов и слизистых оболочек, геморрагические состояния.	Недостаток витамина С определяет развитие многих метаболических нарушений при алкоголизме, лежит в основе истощения больных.

# Симптоматика алкогольных гипо- и авитаминозов (3)

<b>Вещество</b>	<b>Сут. потребность</b>	<b>Симптомы дефицита</b>	<b>Основные клинические проявления алкогольного авитаминоза</b>
<b>Ионы магния</b>	40,0-400,0 мг	Множественные функциональные изменения в ЦНС и периферических нервных структурах	Дефицит связан как с недостаточным алиментарным поступлением, так и с повышенной почечной экскрецией магния при алкоголизме, и лежит в основе гиперсомнии, атетоза, тремора, алкогольных психозов, судорожных синдромов.

# Симптоматика алкогольных гипо- и авитаминозов (3)

<b>Вещество</b>	<b>Сут. потреб- ность</b>	<b>Симптомы дефицита</b>	<b>Основные клинические проявления алкогольного авитаминоза</b>
<b>Ионы калия</b>	40,0-150,0 мЭКВ	Слабость, сонливость.	Функциональные расстройства сердечной деятельности.
<b>Фолиевая кислота</b>	0,05-0,1 мг	Макроцитоз и ретикулоцитоз	Дефицит фолиевой кислоты - одна из основных причин развития анемии у больных алкоголизмом.

# **Степени опьянения**

Таблица 2

**Измененные формы простого алкогольного опьянения  
(Гофман А. Г. и др., 1991)**

1. Опьянение с дурашливостью	Характеризуется приподнятым настроением с беспечностью, благодушием, кривлянием, расторможенностью влечений, инфантильными формами поведения.
2. Опьянение с истерическими чертами	Характеризуется демонстративностью, театральностью, стремлением обратить на себя внимание, демонстративными суицидальными попытками, бурными сценами отчаянья, «сумасшествия». Этот вид опьянения не возникает при употреблении алкоголя в одиночку.
3. Опьянение с депрессивными проявлениями	Характеризуется подавленным настроением с тоской, тревогой. Возможны суицидальные попытки. Опьянение сопровождается двигательной и речевой заторможенностью. Обычно эта форма опьянения является выражением психогенно или эндогенно обусловленной депрессии и обнажает существующие аффективные расстройства.
4. Опьянение с эксплозивностью или дисфорический вариант опьянения	Характеризуется преобладанием мрачного настроения с раздражительностью, склонностью к словесной и физической агрессии. Эта форма опьянения характерна для больных с органическим поражением мозга (сосудистым, посттравматическим) и для лиц с психопатическими чертами характера.
5. Эпилептиформное опьянение	Эта форма опьянения характерна для лиц с эпилептоидными чертами характера. Она характеризуется постоянно проявляющимся недовольством, придирчивостью, угрюмостью, аффектом, готовностью к совершению агрессивных поступков. В отличие от патологического опьянения эта форма опьянения не сопровождается амнезией.

6. Псевдопараноидное опьянение	Характеризуется появлением подозрительности, обидчивости, придирчивости, склонности толковать слова и поступки окружающих как стремление унижить, обмануть; возможны идеи ревности, осуждения, отношения. Наблюдается у личностей с паранойяльными чертами характера.
7. Галлюцинаторно-бредовое опьянение.	Эта форма опьянения возникает у больных алкоголизмом с большой давностью заболевания, наличием алкогольной энцефалопатии и выраженных изменений личности. Опьянение сопровождается появлением обманов восприятия (обычно зрительных), чувственного бреда и бредовым поведением. После вытрезвления обманы восприятия исчезают. О состоянии опьянения сохраняются отрывочные воспоминания. Заканчивается опьянение чаще всего наступлением сна. От патологического опьянения эта форма опьянения отличается наличием неврологических нарушений - атаксии, дизартрии, способности поддерживать речевой контакт, ориентироваться в обстановке. Галлюцинаторно-бредовое опьянение может возникнуть неоднократно в течение жизни

## Классификация бытового пьянства

Группа лиц	Характеристика употребления алкоголя
1. Абстиненты	Лица, не употребляющие спиртные напитки или употребляющие их столь редко и в столь небольших количествах (до 100 г вина 2—3 раза в год), что этим можно пренебречь.
2. Случайно пьющие	Лица, употребляющие в среднем 50—150 мл водки (250 мл максимум) от нескольких раз в год до нескольких раз в месяц
3. Умеренно пьющие	Употребляющие по 100—150 мл водки (максимально до 400 мл) 1—4 раза в месяц
4. Систематически пьющие	Лица, употребляющие 200 — 300 мл водки (до 500 мл) 1 — 2 раза в неделю
5. Привычно пьющие	Лица, употребляющие 500 мл водки и более 2—3 раза в неделю, но не имеющие при этом клинически выраженных нарушений

## Темп формирования хронического алкоголизма (Гофман А. Г. и др., 1991)

1. Молниеносный — похмельный синдром формируется за 1—2 года с начала систематического потребления спиртных напитков.

2. Быстрый — похмельный синдром формируется за 3—6 лет с начала систематического потребления спиртных напитков.

3. Средний — похмельный синдром формируется за 7—15 лет систематического потребления алкоголя.

4. Медленный — похмельный синдром формируется за 16 и более лет систематического потребления спиртных напитков.

5. Очень медленный — несмотря на систематическое потребление алкоголя в течение 16 и более лет, похмельный синдром не формируется, симптоматика заболевания укладывается в I стадию алкоголизма.



## Формы патологического опьянения (Введенский И. Н., 1947)

Эпилептоидная форма	Параноидная форма
<p><i>Клинические проявления:</i> дезориентировка, отсутствие контакта с окружающей действительностью, резкое психомоторное возбуждение с аффектом страха, гнева, злобы, молчаливой и бессмысленной агрессией. Заканчивается в большинстве случаев полной амнезией.</p>	<p><i>Клинические проявления:</i> расстройство сознания менее глубокое, чем при эпилептоидной форме. На первый план выступают галлюцинационные и бредовые переживания, сопровождающиеся бредовым поведением. Имеют место аффективные нарушения в виде страха, тревоги, напряжения. Двигательная активность имеет относительно упорядоченный характер и приобретает форму сложных и целенаправленных действий. Заканчивается парциальной амнезией с яркими воспоминаниями фрагментов перенесенного психоза.</p>

## **Виды алкогольной амнезии (Гофман А. Л. и др., 1991)**

**1. Наркотическая амнезия** возникает после употребления больших дозировок алкоголя, вызывающих выраженное оглушение. Этот вид амнезии может наблюдаться у не страдающих алкоголизмом лиц.

**2. Лакунарная амнезия** (алкогольные палимпсесты) — амнезия отдельных эпизодов периода опьянения, при отсутствии оглушения и наркотического сна в период опьянения. Наблюдается в I и II стадиях алкоголизма.

**3. Тотальная амнезия** характеризуется выпадением из памяти всего или почти всего периода опьянения. Возникает даже при употреблении относительно небольших доз алкоголя. Тотальная амнезия, как правило, наблюдается в III стадии алкоголизма.

**Спасибо за внимание!**