

Иванов Никита Николаевич

Студент

5 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО ВолгГМУ МЗ РФ

Россия, г. Волгоград

Скворцов Всеволод Владимирович

Доктор медицинских наук,

Профессор кафедры внутренних болезней

ФГБОУ ВО ВолгГМУ МЗ РФ

Россия, г. Волгоград

АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ В СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ

Аннотация: Алкогольные психозы представляют собой одну из наиболее серьезных и социально значимых проблем современного здравоохранения. Эти состояния развиваются на фоне длительного злоупотребления алкоголем или резкого прекращения его приема и сопровождаются тяжелыми психическими, неврологическими и соматическими нарушениями. В условиях роста распространенности алкогольной зависимости изучение алкогольных психозов становится особенно актуальным для врачей семейной медицины, которые играют ключевую роль в оказании первичной медицинской помощи.

Ключевые слова: алкогольный психоз, психиатрия, интоксикация, головной мозг.

Annotation: Alcoholic psychoses represent one of the most serious and socially significant problems of modern healthcare. These conditions develop against the background of prolonged alcohol abuse or abrupt discontinuation of alcohol intake and are accompanied by severe mental, neurological and somatic disorders. With the increasing prevalence of alcohol dependence, the study of alcohol psychosis is becoming especially relevant for family medicine doctors, who play a

key role in providing primary care.

Key words: alcoholic psychosis, psychiatry, intoxication, brain.

Употребление алкоголя негативно сказывается как на физическом, так и на психическом здоровье. У 50–70% людей, страдающих алкоголизмом, регулярное употребление спиртных напитков приводит к поражениям нервной системы, которые выражаются в виде неврологических и психических расстройств, включая нарушения когнитивных функций. Одним из самых тяжелых последствий хронического алкоголизма является развитие алкогольного психоза. У пациентов, перенесших алкогольный делирий, наблюдаются признаки органического поражения головного мозга различной степени тяжести. При усугублении клинической картины алкогольного делирия проявления психоорганического синдрома часто приобретают глубокий и необратимый характер [1, 2].

В практике семейной медицины алкогольные психозы занимают особое место, так как они затрагивают не только самого пациента, но и его близких. Семейный врач играет ключевую роль в раннем выявлении, профилактике и лечении этих состояний. Регулярные осмотры и беседы с пациентом позволяют заметить первые признаки алкогольной зависимости и предотвратить развитие психоза. Важно обращать внимание на такие симптомы, как повышенная тревожность, раздражительность, нарушения сна, ухудшение памяти и когнитивных функций [1].

Если пациент сообщает о галлюцинациях, бредовых идеях или других психических расстройствах, необходимо немедленно направить его к специалисту. Семейный врач также может оказать поддержку семье пациента, объяснив природу заболевания и его последствия. Это особенно важно, так как алкогольные психозы оказывают значительное влияние не только на пациента, но и на его близких, которые часто сталкиваются с эмоциональным стрессом, чувством беспомощности и страха за своего родственника [2].

Одной из наиболее распространенных форм алкогольного психоза

является белая горячка, или алкогольный делирий. Это состояние обычно развивается через 2–4 дня после прекращения употребления алкоголя и сопровождается яркими зрительными, слуховыми и тактильными галлюцинациями. Пациенты видят устрашающие образы, такие как насекомые, животные или мифические существа, которые кажутся им абсолютно реальными. Галлюцинации сопровождаются бредовыми идеями, тревожностью, агрессией и дезориентацией во времени и пространстве. Физические симптомы включают тремор, потливость, учащенное сердцебиение и повышение температуры тела. Белая горячка является жизнеугрожающим состоянием, требующим немедленной госпитализации. Лечение включает детоксикацию организма, применение седативных препаратов, нейролептиков и витаминов группы В. Важным этапом является дальнейшая реабилитация и полный отказ от алкоголя для предотвращения рецидивов. [3]

Еще одной формой алкогольного психоза является алкогольный галлюциноз. В отличие от белой горячки, при галлюцинозе преобладают слуховые галлюцинации. Пациенты слышат голоса, которые могут комментировать их действия, осуждать или угрожать. Эти голоса воспринимаются как реальные, что вызывает сильную тревогу, страх и агрессию. В некоторых случаях больные могут пытаться защищаться от мнимых угроз, что делает их поведение опасным для себя и окружающих. Алкогольный галлюциноз может быть острым или хроническим. [4]

Острый галлюциноз длится от нескольких дней до недель, а хронический может продолжаться месяцами или даже годами, если не проводится адекватное лечение. Лечение включает применение нейролептиков, антидепрессантов и психотерапию. Важным этапом является полный отказ от алкоголя и дальнейшая реабилитация. [4]

Бредовый психоз — это форма алкогольного психоза, которая характеризуется развитием бредовых идей. Чаще всего это бред преследования, когда человек убежден, что за ним следят, хотят причинить

вред или убить. Бредовые идеи могут сопровождаться агрессивным поведением, так как пациент пытается защититься от мнимых врагов. В некоторых случаях развивается бред ревности, когда человек безосновательно подозревает своего партнера в измене. Бредовый психоз может быть крайне опасным, так как больные могут совершать неадекватные поступки, руководствуясь своими бредовыми убеждениями. Лечение включает применение нейролептиков, психотерапию и социальную адаптацию [4].

Корсаковский психоз — это тяжелое состояние, которое развивается на фоне хронического алкоголизма и связано с дефицитом витамина В1 (тиамина). Это заболевание характеризуется выраженными нарушениями памяти, особенно на текущие события, при этом воспоминания о прошлом могут сохраняться. Пациенты часто конфабулируют, то есть заполняют пробелы в памяти вымышленными событиями. Корсаковский психоз также сопровождается дезориентацией, апатией и снижением когнитивных функций. Это состояние часто является необратимым, особенно если лечение не было начато своевременно. Лечение включает высокодозированную терапию тиаминем, витаминами группы В и психотерапию. Важным этапом является полный отказ от алкоголя и дальнейшая реабилитация. [5]

Состояние при алкогольном психозе является следствием токсического воздействия алкоголя на мозг и организм в целом, приводящего к глубоким нарушениям психики. Они включают такие состояния, как алкогольный делирий (белая горячка), алкогольный галлюциноз, бредовые психозы и энцефалопатия Гайе-Вернике [5].

Эти состояния сопровождаются выраженными психическими, неврологическими и соматическими нарушениями, которые могут представлять угрозу для жизни пациента. Например, алкогольный делирий характеризуется помрачением сознания, галлюцинациями, тремором и вегетативными расстройствами, а энцефалопатия Гайе-Вернике связана с тяжелым дефицитом витамина В1 и может привести к необратимым повреждениям мозга [5].

Алкоголь, являясь депрессором для центральной нервной системы человека, оказывает раздражающее влияние на ГАМК А-рецептор, с помощью которого и реализуется тормозный механизм. Однако при чрезмерном употреблении алкоголя вырабатывается толерантность к спиртному, что ведет к необходимости увеличения его потребления для поддержания того же ингибирующего эффекта ГАМК, как и в начале зависимости. Таким образом, происходит компенсация ингибирующего эффекта. Кроме того, алкоголь воздействует и на NMDA возбуждающий рецептор, активация которого требует двух агонистов - глутамата и глицина. Торможение происходит за счет блокировки сайта связывания глицина, вследствие чего не открывается ионный канал и нервная клетка не возбуждается [6].

Поэтому компенсаторно вырабатывается большое количество глутамата. После прекращения употребления алкоголя заканчивается раздражающее действие на ГАМК А-рецепторы, однако избыток глутамата не исчезает, поэтому нервные клетки подвергаются эксайтотоксичности. С этим и связаны клинические симптомы как ААС, так и ААС с делирием [6].

Диагностическими критериями абстинентного состояния с делирием являются: измененное сознание и внимание; искажения восприятия, зрительные иллюзии и галлюцинации; нарушения абстрактного мышления и понимания; нарушения памяти на недавние события; дезориентировка во времени, а в более тяжелых случаях – в месте и собственной личности; психомоторные расстройства (гипо- или гиперактивность и непредсказуемость перехода от одного состояния к другому, повышенный или сниженный поток речи, реакции ужаса); расстройства ритма «сон – бодрствование» (бессонница ночью, сонливость днем, беспокойные сны или кошмары, которые при пробуждении могут продолжаться как галлюцинации); эмоциональные расстройства (например, депрессия, тревога или страхи); раздражительность, эйфория, апатия или недоумение и растерянность; начало обычно быстрое, состояние в течение дня колеблющееся, общая продолжительность – до 6 месяцев [6].

По данным разных исследований, в России около 19,5% пациентов, длительно употреблявших алкоголь, встречаются с теми или иными формами алкогольных психозов.

Классическим примером длительного влияния алкоголя на организм служит делирий. При делириозных состояниях после стадии психомоторного возбуждения выходом из состояния как правило является длительный сон.

Алкогольные психозы, возникающие на фоне длительного злоупотребления алкоголем или его резкой отмены, представляют собой серьезную медицинскую и социальную проблему. Они сопровождаются тяжелыми психическими, неврологическими и соматическими нарушениями, которые могут угрожать жизни пациента. В данном случае сочетание хронической алкогольной интоксикации с закрытой черепно-мозговой травмой привело к развитию алкогольного делирия, что подчеркивает важность учета сопутствующих факторов при диагностике и лечении подобных состояний [7].

Данные разных исследований свидетельствуют, что традиционные методы лечения, такие как применение бензодиазепинов (диазепам), могут оказаться недостаточно эффективными, особенно при сочетании с травматическими поражениями головного мозга.

Таким образом, лечение пациентов с алкогольными психозами требует индивидуального подхода, учитывающего как психические, так и соматические аспекты заболевания. Рекомендуется избегать применения бензодиазепинов при алкогольной природе психозов из-за риска усиления галлюциноза и ухудшения состояния. Важную роль играет своевременная госпитализация в специализированные отделения для проведения комплексной терапии и предотвращения осложнений.

Использованные источники

1. Погосов А.В., Агапов В.И., Барденштейн Л.М. Алкогольные психозы: клиника, диагностика, лечение. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 256 с.
2. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Кинкулькина М.А. Психиатрия и наркология: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 720 с.
3. Шабанов П.Д. Наркология: руководство для врачей. – СПб.: Лань, 2021. – 512 с.
4. Киржанова В.В., Петрова М.М. Современные подходы к диагностике и лечению алкогольных психозов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2022. – Т. 122, № 5. – С. 45-52.
5. Козлов А.А., Смирнов А.В. Алкогольный делирий: патогенез, клиника, лечение // Наркология. – 2020. – № 8. – С. 34-40.
6. Егоров А.Ю., Шайдукова Л.К. Психоорганический синдром при алкогольных психозах: клинические и нейропсихологические аспекты // Психиатрия. – 2021. – № 3. – С. 22-29.
7. Краснов В.Н., Незнанов Н.Г. Психиатрия: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 1008 с.