Горячка.

Алкогольные психозы – различные по клиническим проявлениям и течению нарушения психической деятельности, возникающие в результате многолетнего употребления алкоголя. Алкогольный психоз развивается не в связи с непосредственным действием алкоголя, а под влиянием продуктов его распада и продуктов нарушенного обмена, поэтому их чаще трактуют как металкогольные психозы. В частности, наиболее распространенные психозы – делирии и галлюцинозы – возникают, как правило, не в период запоев, т.е. на высоте алкогольной интоксикации, а во время абстиненции, когда содержание алкоголя в крови резко снижается. У лиц, не страдающих алкоголизмом, алкогольные психозы не появляются даже при исключительно больших дозах спиртного (опоях). Часто возникновению психозов предшествуют дополнительные вредности – травмы, острые инфекционные заболевания, авитаминозы, психические стрессы, способствующие развитию психотической реакции со стороны измененной центральной нервной системы больных алкоголизмом.

Белая горячка (алкогольный делирий, Delirium tremens) впервые описана ещев1813 году Саттоном, а чуть позже Райе установил алкогольную природу этого психоза. В разное время проблемами закономерностей развития, симптоматики и клинических форм белой горячки занимались Маньян, Ласег, Бонгеффер и Корсаков. Внастоящее время алкогольный делирий является наиболее частым острым алкогольным психозом, возникающим у хронических алкоголиков в результате длительного злоупотребления спиртными напитками. Частота развития делирия увеличивается с возрастом, что связано как с соматическим состоянием больных, так и с длительностью заболевания. С наибольшим постоянством делирий возникает на 7-10 году алкоголизма. Значительно чаще эта форма психоза наблюдается у мужчин, чем у женщин, злоупотребляющих алкоголем.

**Классический алкогольный делирий** обычно развивается в первые, вторые или третьи сутки после прекращения многодневного употребления алкоголя. Первому приступу делирия предшествует, как правило, длительный период злоупотребления алкоголем (часто более длительный, чем обычно). Повторные же психозы могут возникать и после более коротких запоев.

Возникает делирий чаще всего на высоте абстинентного синдрома (реже в фазу обратного развития его).Утяжеленные проявления синдрома похмелья являются симптомами ***продромального периода*** белой горячки. К ним относят следующие изменения:

* нарастание физической слабости;
* повышение уровня артериального давления;
* усиление головных болей; боли в области сердца, печени, желудка;
* тошнота и рвота;
* чередование жара и зябкости;
* потливость;
* бессонница, ингда тревожность, парестезии, двигательная заторможенность;
* заострение преморбидных особенностей (дисфория, легкость возникновения ревнивых опасений).

На фоне этих изменений в определенный момент возникает качественное изменение психического состояния, знаменующее ***инициальную стадию*** психоза. Особенности двигательной активности состоят в суетливости, торопливой деловитости, излишней оживленности. Внимание становится неустойчивым, больной легко отвлекается, временами нарушается ориентировка во времени, обстановке и ситуации. Возникают наплывы мыслей, образных воспоминаний, затем появляются галлюцинации. Диффузная настороженность постепенно сменяется конкретными бредовыми идеями преследования, ревности.

В дебюте делирия наблюдаются различные проявления у разных больных. Особенности дебюта по мнению ряда авторов зависят от длительности предшествующего развитию делирия запоя, интеркуррентных заболеваний и внезапности прекращения пьянства.

* Часть больных в дебюте подвержена преимущественно словесным галлюцинациям;
* у другой части возникают в основном зрительные обманы без нарушения ориентировки в пространстве и времени;
* иногда наблюдается сочетание слуховых и зрительных галлюцинаций с острым чувственным бредом;
* изредка дебют белой горячки ознаменовывается одним или серией эпилептиформных припадков или преобладанием бредовых идей преследования.

Постепенно наступает ***стадия развернутого психоза***, которая характеризуется колебанием глубины расстройств сознания: периоды дезориентации в обстановке и времени сменяются светлыми промежутками.

Зрительные галлюцинации отличаются яркостью и подвижностью, множественностью. Обманы восприятия носят сложный, комбинированный характер: одновременно появляются зрительные, слуховые, тактильные, термические, вестибулярные галлюцинации. Среди галлюцинаций особое место занимают ощущения нитей и проволоки и ощущение волос в полости рта. Наиболее часто больные видят маленьких животных: пауков, мышей, тараканов, уменьшенных в размерах тигров, львов, бегемотов, мелких чертей, фантастических зверушек. При этом явственно ощущаются их прикосновения,слышно издаваемое ими шипение, гудение и другие звуки. Во многих случаях наблюдается присоединение чувственного бреда преследования, ревности.

Поведение больных зависит от содержания обманов восприятия: они выгоняют из комнаты мышей, кошек, чертей, топчут змей, отыскивают спрятавшихся карликов. При обилии галлюцинаций больные стряхивают с себя нити, что-то тянут изо рта, сбрасывают с тела насекомых и животных, жалуются на песок в глазах. Видения сопровождаются ярким удивлением, любопытством; некоторые авторы отмечают сочетание страха с юмористическим отношением к происходящему.

Больные легко откликаются на содержание ведущейся в их присутствии беседы, вставляют свои замечания. Соответствующими вопросами легко удается вызвать ложные воспоминания, узнавания, внушить обманы чувств. Например, выявляются следующие симптомы:

* Симптом Рейхардта: услышав предложение читать, больной различает на чистом листе бумаги печатный текст;
* Симптом Ашаффенбурга: больной охотно говорит по телефону, если дать ему в руки отключенную трубку;
* Симптом Липмана: при надавливании на закрытые глаза и провоцирующих вопросах больной видит людей и животных.

Окружающих больной принимает за своих знакомых, на вопросы отвечает торопливо, не замечая непоследовательности и противоречивости своих высказываний, которые часто отличаются нелепостью. Собственные ответы и сам факт беседы быстро забывается. Временами обманы восприятия исчезают, на первый план выходит нарушение ориентировки, суетливое возбуждение. Больные все время чем-то заняты, куда-то торопятся, отдают приказания, обращаются с просьбами, договариваются с мнимыми собеседниками о встрече и употреблении алкоголя.

Часто наблюдается профессиональный делирий: больные «грузят товары», «считают деньги».

Длительность классической белой горячки редко превышает 3 суток. Обманы восприятия и нарушения ориентировки исчезают после многочасового сна. Содержание психотических переживаний часто забывается. В ***период реконвалесценции*** наблюдается общая астенизация, выраженность которой колеблется от слегка повышенной утомляемости до тяжелого истощения. Также отмечается сонливость, сменяющаяся или злобой, раздражительностью и гиперестезией, или приподнятым настроением с беспечностью и благодушием.

Наряду с описанным классическим течением белой горячки, выделяют еще несколько клинических форм алкогольного делирия.

**Абортивный делирий** длится не более нескольких часов, характеризуется меньшей глубиной нарушения сознания, протекает без потери ориентировки. Выделяют несколько разновидностей абортивного делирия:

* Классический абортивный делирий сопровождается умеренным страхом, единичными обманами восприятия, мимолетными бредовыми идеями, не отмечается при этом нарушений ориентировки.
* Ориентированный делирий характеризуется преобладанием сценоподобных зрительных галлюцинаций: при сохранной ориентировке больные обнаруживают насекомых и животных в комнате, часто к ним с экрана телевизора сходят актеры, и действие фильмов происходит непосредственно на их глазах. Также отмечаются словесные обманы и отрывочный чувственный бред.
* Гипнагогический делирий возникает при засыпании. Содержание сновидений напоминает делирий участием животных и приключенческим содержанием со сценами погони, преследования.По пробуждении критическая оценка сновидений появляется не сразу, некоторое время сохраняется страх, недоумение. Нередко гипнагогический делирий предшествует за несколько суток развернутой картине белой горячки.
* Изолированное ощущение нитей, проволоки, галлюцинации полости рта или другие тактильные галлюцинации.

**Делирий без делирия** протекает без обманов восприятия и бреда, но с дезориентировкой и суетливым возбуждением. Состояние напоминает то, которое наблюдается при классическом делирии при исчезновении обманов восприятия.

**Делирий с преобладанием слуховых галлюцинаций** характеризуется сложными по содержанию словесными галлюцинациями в сочетании с глубоким расстройством сознания. Вербальные галлюцинации чередуются с делириозным помрачением сознания. Иногда преобладают слуховые обманы в сочетании с галлюцинациями в виде сцен авантюрного характера. Содержание словесных обманов соответствует тематике бреда преследования и воздействия. Отсутствует аффект удивления и недоумения, часто больные беспрекословно подчиняются голосам, которые слышат.

 Длительность делирия около 2 суток, перед окончанием наблюдается усиление вербальных галлюцинаций.

**Атипичный делирий** начинается с гипнагогических галлюцинаций, представляющих

собой сцены изощренных пыток или бесчеловечных экспериментов. Иногда возникает ощущение «уже виденного» с чувством предвосхищения событий.

В развернутой стадии делирия преобладают аффект страха, тревоги, отчаяния. Доминирует чувственный бред преследования, который сочетается с идеями отравления, гипнотического воздействия, ревности. Характерным признаком являются патологические тягостные ощущения в теле, воспринимаемые как вызванные извне искусственно, отличающиеся насыщенностью и образностью: больные описывают, что «змея прогрызла позвоночник и, пробравшись внутрь, высасывает спинной мозг», видят какую-нибудь часть тела состоящей из одних костей, отмечают у себя отсутствие различных частей тела. Им кажется, что преследователи отрезают им руки и ноги, прокалывают сердце,подвергают воздействию газа, лучистой энергии, снимают кожу с лица и делают из нее лягушек; они ощущают наступление смерти, видят себя в гробу, азатем переживают воскрешение.

С углублением помрачения сознания появляются более типичные зрительные галлюцинации в виде насекомых и животных. Характерно выраженное речевое и двигательное возбуждение, ложная ориентировка, депрессия, тоскливое состояние, ипохондрический бред. На высоте психоза общение с больным затруднено, речь их отрывиста и непоследовательна.

На стадии обратного развития отмечаются те же проявления, что на начальном этапе делирия. Прояснение сознания обычно наступает после длительного сна. Критическое отношение к перенесенному психозу устанавливается через несколько суток. Течение атипичного делирия может быть затяжным, особенно при преобладании слуховых галлюцинаций.

**Фантастический (онейроидный) делирий**, как правило, не является первым в жизни алкогольным психозом, а возникает после перенесенных ранее нескольких типичных или атипичных психозов.

# Чаще всего он возникает на высоте ориентированного делирия. Переход к онейроиду совершается внезапно или постепенно и характеризуется появлением растерянности, усилением ощущения иллюзорности окружающего мира; затем нарастает возбуждение или появляется заторможенность, доходящая до степени ступора. Часто в инициальной стадии возникают сложные гипнагогические галлюцинации мистико-религиозного или фантастического характера.

## На высоте развития онейроида отмечается полная дезориентировка, сценические фантастические зрительные галлюцинации. Отмечается вербальные галлюцинации, тягостные ощущения в теле, острый чувственный бред, бред инсценировки с кинематографическими переживаниями: больные сами снимают кино, или снимают их, чтобы ославить как пьяниц. Типичные для белой горячки обманы восприятия при онейроиде сопровождаются ощущением искусственности (животные и насекомые кажутся неестественными). Также на высоте психоза появляется ощущение собственного физического и психического воздействия ( например, пытается превратить окружающих в мышей).

Часто отмечаются сновидно-фантастические эпизоды, отличающиеся красочностью, символичностью и детализацией. Во время этих снов, которые носят характер сцен преследования и погони, возникает ощущение предвосхищения событий (больной догадывается о намерениях преследователей по их мимике, взглядам, движениям).

Обратное развитие начинается после многочасового сна. Астенический синдром, как правило, более выражен, чем при других формах алкогольного делирия.

**Тяжело протекающий алкогольный делирий** обычно начинается как классический, а затем в течение первых суток появляется нарастающая оглушенность. Профессиональный делирий сменяется гиперкинетическим и мусситирующим (больной что-то невнятно бормочет, совершает одннбразные простейшие движения руками, что-то тянет, ощупывает; в контакт с ним вступить не удается). На 4-5 сутки заболевания возможно развитие гипертермической комы со смертельным исходом в результате обусловленного отеком мозга коллапса или паралича дыхания. При благоприятном течении оглушенность постепенно уменьшается, сознание с каждым днем проясняется все больше. Все же часто после периодов ясного сознания вновь появляется делириозная симптоматика.

Развитию тяжелого алкогольного делирия предшествуют чаще всего многомесячные запои, судорожные припадки с потерей сознания, многократные приступы рвоты.

 На высоте психоза характерна следующая неврологическая симптоматика:

* грубая атаксия, мышечная дистония, различные гиперкинезы
* дизартрия, гнусавость
* патологические рефлексы, рефлексы орального автоматизма
* глазные симптомы (миоз, нистагм, слабость конвергенции)
* вегетативные нарушения (гипергидроз с обезвоживанием, падение артериального давления, гипертермия до 42˚С, абсолютная бессонница)

Течение затяжное, порой с обострениями, окончание психоза постепенное, с полной амнезией делирия и длительной астенической фазой.

Повторные психозы, возникающие у возобновивших злоупотребление алкоголем, в части случаев сохраняют свою первоначальную клиническую форму; это в основном касается алкогольных делириев тяжелого течения. Однако очень часто белая горячка принимает при повторных эпизодах форму атипичных или фантастических делириев.

Дифференцируют алкогольный делирий от неалкогольных делириозных состояний на основании типичной психопатологической симптоматики (сочетание страха с эйфорией, алкогольная тематика галлюцинаторных сцен) и характерных неврологических признаков (тремор, атаксия, гиперрефлексия, мышечная гипотония, рефлексы орального автоматизма, гипергидроз).Также дифференциальный диагноз проводят с тяжелым похмельем, при котором в отличие от делирия нет нарушенийсознания с дезориентировкой, галлюцинаций не появляется.

Прогноз алкогольных делириев благоприятен; при своевременномлечении они заканчиваются выздоровлением. Опасность для жизни представляет лишь тяжело протекающий делирий. Многократное и частое возникновение делириев, свидетельствуя об углублении энцефалопатии, сопровождается снижением интеллекта.