НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ОПЬЯНЕНИИ И АБСТИНЕНТНОМ СИНДРОМЕ

Типичное или простое алкогольное опьянение имеет фазы возбуждения и торможения. Продолжительность и выраженность каждой фазы зависит от дозы алкоголя, крепости напитка, количества и характера закуски, времени суток, психического и физического состояния и других факторов. Выделяют три степени тяжести опьянения (легкая, средняя и тяжелая). Характерны умеренная тахикардия и артериальная гипертензия. Тяжелое опьянение (острое отравление) наступает при содержании алкоголя в крови свыше 350 мг %. Развивается сопор или кома. При затяжном сопоре могут появиться патологические рефлексы и эпилептиформные припадки. Кожные покровы багровые или бледно-цианотичные, влажные. Сердечная деятельность ослаблена, постепенно нарастает артериальная гипотензия. Дыхание урежается или становится периодическим. Возможны рвота, непроизвольные дефекация и мочеиспускание.

Атипичное или осложненное алкогольное опьянение встречается на фоне переутомления, острых психогенных реакций, при сопутствующей психической, неврологической и соматической патологии и при злоупотреблении суррогатами алкоголя. Выделяются маниакальноподобный, психопатоподобный, эпилептиформный, дисфорический и истерический варианты. Для осложненных вариантов опьянения характерна перфорационная амнезия. В судебной психиатрии для оценки вменяемости при совершении социально опасных деяний используется диагноз "патологическое опьянение". Состояния, объединенные понятием "патологическое опьянение" можно отнести к атипичным формам алкогольной интоксикации, однако клинические проявления этих состояний весьма специфичны.

Выделяют эпилептоидную и параноидную формы патологического опьянения, но возможны и другие психотические варианты. Эти состояния генетически близки к сумеречным расстройствам. Начало патологического опьянения проявляется остро возникшей тревогой, страхом, растерянностью, отчуждением от окружающей среды. Внешняя обстановка воспринимается как угрожающая. Могут развиться зрительный, вербальный или сценоподобный галлюцинозы. Больные совершают сложные действия с нормальной координацией, но бедной речевой продукцией. Реакция на внешние разражители отсутствует или резко ослаблена. Гораздо реже встречается эксплозивный тип реагирования на раздражители. Действия индивида, как правило, направлены на защиту от мнимой угрозы для жизни. Соответственно, поведение становится агрессивным, стеничным, противоправным и непредсказуемым. Совершаемые субъектами преступления против личности отличаются жестокостью и отсутствием мотивировки.

Для патологического опьянения не характерны кражи, хулиганство и изнасилования. Патологическое опьянение продолжается короткое время (от минут до нескольких часов), развивается в ответ на различные дозы алкоголя и заканчивается внезапно наступающим сном. После пробуждения отмечается полная или резко выраженная перфорационная амнезия на имевшие место события. В генезе патологического опьянения участвуют многочисленные факторы, но у абсолютного большинства больных удается выявить признаки органического поражения головного мозга или другой психической патологии. При алкоголизме употребление алкоголя наряду с регулярным может быть и периодическим в форме запоев. Различают истинные запои и псевдозапои. Истинные запои перемежаются полной или почти полной трезвостью, на фоне которой влечение к алкоголю существенно редуцировано или вообще отсутствует. Предвестниками истинного запоя являются обострение тяги к алкоголю, снижение настроения, нарастание тревоги, дисфорические явления, бессоница и другие психические нарушения. Эти явления наблюдаются и непосредственно в период запоя.

Истинные запои часто сочетаются с тяжелыми дисфориями или депрессиями и имеют характер правильной периодичности, что дало основание некоторым авторам рассматривать их как варианты эпилепсии и маниакально-депрессивного психоза. Такая форма употребления алкоголя получила название "дипсомания" и длительное время претендовала на нозологическую самостоятельность. Реже запою предшествует маниакальный аффект. В настоящее время перемежающееся пьянство рассматривается в рамках алкоголизма, а алкоголизация при иных психических заболеваниях считается симптоматической. В первом случае появление истинных запоев является этапом в динамике алкоголизма, во втором - выявляются симптомы основного психического заболевания, а алкоголизация совпадает с дисфорией или депрессией. В конце истинного запоя толерантность к алкоголю падает.

Псевдозапои ситуационно обусловлены, т.е. периодичность их зависит от внешних причин (праздники, выходные дни, дни зарплаты и т.д.). Обычно они появляются на фоне систематического пьянства. Псевдозапои не сопровождаются глубоким снижением настроения, но могут проявляться атипичным опьянением, особенно в случаях, когда запой спровоцирован психогенными факторами. В большинстве случаев стадии алкоголизма хорошо очерчены. Следует подчеркнуть, что во многих руководствах первая стадия описывается как состояние, при котором не определяются симптомы физической зависимости. Вместе с тем, диагноз "алкоголизм", равно как и диагноз других форм токсикоманий, может быть установлен только при наличии в клинической картине признаков всех "больших наркоманических синдромов". Поэтому правильнее говорить о минимальных или стертых проявлениях абстиненции при первой стадии алкоголизма. Для первой стадии алкоголизма характерен абстинентный синдром с преобладанием астенических и вегетативных нарушений (общая слабость, сухость во рту, повышенная потливость, тремор, тахикардия, головная боль и т.д.). Состояние продолжается не более суток и может развиваться после однократного (однодневного) алкогольного эксцесса. Желание опохмелиться появляется во второй половине дня и в связи с обстоятельствами социального или этического характера может легко подавляться. В первой стадии алкоголизма пьянство постепенно теряет культуральные мотивы.

Алкоголь все чаще рассматривается индивидом как атарактическое средство и употребляется с целью "снять напряжение, расслабиться". Больные указывают также и на отчетливый стимулирующий эффект алкоголя. Мнестические нарушения в опьянении не характерны. Алкоголизация становится регулярной, появляются псевдозапои, растет толерантность. В редких случаях алкоголизм изначально протекает с истинными запоями. Социальная адаптация, как правило, не страдает. Психические нарушения у большинства больных исчерпываются незначительной астенизацией и обсессивным влечением к алкоголю. Вторая стадия характеризуется максимальной выраженностью "больших наркоманических синдромов". Патологическое влечение к алкоголю приобретает неудержимый, компульсивный характер. В опьянении полностью теряется контроль над количеством выпиваемого алкоголя, а во многих случаях - и ситуационный. Появляются истинные запои. Личностные особенности заостряются, поведение преобретает психопатоподобную окраску.

Абстинентный синдром проявляется не только вегетативными, но и выраженными психическими расстройствами. Желание опохмелиться возникает с утра и сохраняется днем. Абстиненция возникает после каждого алкогольного эксцесса. Типичными проявлениями являются резко сниженное настроение с тревогой, чувством внутреннего напряжения, непоседливостью, опасениями за свое здоровье, идеями самоуничижения. У личностей возбудимого круга в состоянии абстиненции развивается тяжелая дисфория. Очень характерны суицидальные мысли. Бессоница буквально преследует алкоголиков. Процесс засыпания больные описывают как "проваливание", "забытье" на фоне усиливающейся к ночи тревоги. Расстройства сна сопровождаются кошмарными сновидениями и частыми пробуждениями. Вегетативные нарушения проявляются сильным потоотделением, стойкой тахикардией, подъемом артериального давления, размашистым тремором конечностей, языка, а иногда и генерализованным тремором. В первые дни абстиненции могут развиться развернутые или абортивные судорожные припадки. Аффективные и вегетативные нарушения без лечения постепенно убывают к пятым - шестым суткам и сменяются выраженной астенией. При этом суточные колебания настроения, бессоница, быстрая утомляемость с вегетативными компонентами могут сохранятся до полугода и более. Во второй стадии манифестируют соматические заболевания, связанные с алкоголизацией. Наиболее характерны жировая дистрофия печени с повышением активности трансаминаз, панкреатит и миокардиодистрофия.

Социальный рост прекращается и постепенно становится очевидным снижение способности индивида адаптироваться к меняющимся условиям социальной среды. В третьей стадии алкоголизма происходит падение толерантности к алкоголю, дальнейшее утяжеление абстинентного синдрома и быстрое нарастание интеллектуально-мнестического дефекта вплоть до слабоумия (алкогольная деградация личности, Корсаковский синдром и др.). Психические компоненты абстиненции приобретают параноидные черты. Характерны элементарные нарушения восприятия, немотивированный страх, сверхценные идеи отношения, преследования, виновности и другие включения субпсихотического и психотического регистров.

Симптомы абстиненции достигают такой степени выраженности, что иногда бывают опасны для жизни больного. В частных случаях на первый план могут выходить обратимые психоорганические расстройства: оглушение, головокружение, атаксия, генерализованный тремор, судорожные припадки, дизартрия, анизорефлексия, нистагм и пирамидные знаки. Соматические расстройства хронизируются. Больные выглядят существенно старше своих лет. Отмечается социальная деградация. Для второй и третьей стадии алкоголизма характерны алкогольные психозы. Алкогольные психозы развиваются в состоянии абстиненции. Алкогольные психозы , как правило, манифестируют в вечерне-ночное время, наиболее часто возникают после тяжелых и длительных запоев, при употреблении суррогатов алкоголя, на фоне декомпенсированной соматической патологии и у личностей с признаками органического поражения головного мозга. Существуют различные систематики алкогольных психозов. С практической точки зрения необходимо выделять острые, затяжные и хронические психозы, а также ведущие в клинической картине психопатологические синдромы: делириозный, галлюцинаторный, параноидный, бредовый и др.

Особенностью острых алкогольных психозов является своеобразный полиморфизм клинических проявлений, не характерный для других экзогенно и эндогенно обусловленных состояний. Так, алкогольный делирий в частных случаях сопровождается транзиторным онейроидом, психическими автоматизмами, вербальным псевдогаллюцинозом и т.д. При острых психозах важно учитывать и тяжесть состояния, так как делирий или другой психоз может протекать на фоне прогрессирующей энцефалопатии с отеком головного мозга и нарушением функций жизненно-важных органов и систем. В свою очередь, алкогольные энцефалопатии могут быть острыми и хроническими.

В соответсвии со сказанным можно выделить следующие алкогольные (металкогольные) психозы: 1. Алкогольные делирии (абортивный, типичный, мусситирующий, атипичный: систематизированный, с вербальным псевдогаллюцинозом, с транзиторным онейроидом, психическими автоматизмами; острое течение). 2. Алкогольные галлюцинозы (вербальный галлюциноз, галлюциноз с чувственным бредом, галлюциноз с психическими автоматизмами; острый, затяжной и хронический типы течения). 3. Алкогольные бредовые психозы (алкогольный параноид, алкогольный бред ревности; острый, затяжной и хронический типы течения). 4. Алкогольные энцефалопатии (острая энцефалопатия, хроническая энцефалопатия, энцефалопатия Гайе-Вернике, алкогольный псевдопаралич). На фоне современной терапии алкогольный делирий продолжается не более 10 суток. Возможна последующая трансформация делирия в галлюциноз или параноид. Другие алкогольные психозы считаются острыми, если редуцируются в течении месяца; затяжные психозы продолжаются до шести, а хронические свыше шести месяцев. Алкогольный делирий манифестирует с выраженной тревоги и стойкой бессониницы, на фоне которых появляются парейдолические иллюзии. Иллюзорное восприятие окружающей обстановки быстро сменяется зрительными и слуховыми галлюцинациями. Сознание в этот период оценивается как ундулирующее: при активации больного галлюциноз на короткое время может претерпеть существенную редукцию вплоть до полного исчезновения. Характерны кратковременные транзиторные состояния помрачения сознания с нарушением ориентировки, которые больные описывают как "провалы", "забытье", "кошмары" (абортивный делирий). Симптоматика сохраняется мерцающей от нескольких часов до суток, после чего галлюциноз становится статичным состоянием. Галлюцинации носят угрожающий характер. Галлюциноз постепенно усложняется, становится сценоподобным. Одновременно нарастает оглушение. Теряется ориентировка в месте и времени, но сохраняется в собственной личности (типичный делирий). Характерны переживания бытового и профессионального плана. Нарастание признаков помрачения сознания сопровождается уменьшением двигательной и речевой продукции. Активность больного ограничена постелью. Больной безучастен к окружающей обстановке, перебирает пальцами одеяло, что-то неразборчиво бормочет, не узнает близких (мусситирующий делирий). Повышается температура тела, резко снижается диурез, падает артериальное давление. Без лечения это состояние имеет неблагоприятный прогноз для жизни.

Алкогольный делирий может иметь включения из симптомокомплексов других психопатологических регистров (атипичный делирий). Алкогольный галлюциноз - психоз с преобладанием слуховых, вербальных галлцинаций, бреда и аффективных тревожных расстройств. Острые тяжелые алкогольные галлюцинозы по клиническим проявлениям приближаются к делирию. Так, на высоте психоза может развиться галлюцинаторная спутанность, сходная по клиническим проявлениям с онейроидным помрачению сознания. Однако большинство алкогольных галлюцинозов протекает при непомраченном сознании. Острые алкогольные психозы манифестируют с акоазмов и фонем на фоне бессоницы. Они сопровождаются тревогой, двигательным беспокойством, аффектом недоумения. Эти явления могут исчезнуть критически после глубокого сна. Одновременно ослабевают и аффективные расстройства. В случаях дальнейшего развития психоза появляются множественные вербальные галлюцинации с бредом отношения, воздействия, обвинения, преследования или физического уничтожения. Характерны приступы страха и паники.

Затяжные (протрагированные) и хронические алкогольные психозы характеризуются стойким вербальным псевдо- или истинным галлюцинозом с присоединением выраженных депрессивных и бредовых расстройств. Алкогольный параноид проявляется чувственным бредом, тревожно-депрессивным аффектом и сенсорными расстройствами. Для острого алкогольного параноида, наряду с бредовой трактовкой окружающего, характерно иллюзорное восприятие. Больные в разговорах слышат в свой адрес угрозу, издевательства, видят в бытовых предметах орудия убийства и т.д. Преобладает аффект страха. В отношении мнимых преследователей могут совершаться агрессивные поступки. При затяжном параноиде исчезает иллюзорный компонент бреда, наблюдается его некоторая систематизация. Поведение становится более упорядоченным, но больные остаются замкнутыми, подозрительными. Настроение сохраняется тревожным, угрюмо-злобным. Постепенно интенсивность переживаний ослабевает. Относительно длительное время сохраняется резидуальный бред. Алкогольный бред ревности (алкогольная паранойя) - это психоз, преимущественно с затяжным и хроническим типом течения, с преобладанием первичного систематизированного бреда. Встречается, как правило, у мужчин с психопатическими паранояльными чертами характера. Бред монотематический, развивается постепенно. Формированию бредового синдрома часто предшествуют реальные негативные изменения в семейных отношениях, связанные с характерологическими особенностями и алкоголизацией супруга. Напряженные семейные отношения становятся фабулой сверхценных переживаний. Сначала бредовые высказывания появляются только в состоянии опьянения или похмелья. Содержание бреда нередко сохраняет правдоподобные черты. Однако, со временем круг событий, получающих бредовую трактовку, расширяется, а поведение приобретает специфические бредовые черты. Возможны агрессивные и аутоагрессивные действия. Бред ревности может диссимулироваться. На фоне лечения паранояльный бред сменяется стойким резидуальным бредом.

Острые энцефалопатии наблюдаются при массированной алкоголизации в III стадии алкоголизма или при интоксикации суррогатами алкоголя и техническими жидкостями (метиловый спирт, этиленгликоль, дихлорэтан и др.). Для этих состояний характерны помрачение сознания вплоть до аменции, делирий и массированные неврологические нарушения. Проявления острой энцефалопатии отчасти обратимы. Энцефалопатия Гайе-Верникеэто геморрагическая энцефалопатия или верхний полиэнцефалит с подострым течением. Продром продолжается 4 - 5 месяцев, проявляется выраженной астенизацией и нарастанием дистрофических расстройств. На этом фоне остро развивается мусситирующий делирий. Состояние быстро ухудшается, повышается температура тела, появляются кататонические явления, аментивная спутанность. Прогноз для жизни неблагоприятный.

Хроническая энцефалопатия, по-сути, является исходом алкоголизма. В клинической картине наряду с деменцией могут наблюдаться полиневриты, поражения мозжечка и мозолистого тела, Корсаковский синдром (фиксационная, ретро-, антероградная амнезия, конфабуляции, эйфория) и другие расстройства. Алкогольный псевдопаралич - вариант хронической энцефалопатии, проявляющийся интеллектуально-мнестическим снижением с беспечностью, эйфорией, идеями величия. С точки зрения практики, целесообразно разделить потоки больных по виду оказываемой помощи. Можно выделить ургентную помощь (острые интоксикации, абстинентный синдром, опасные для жизни соматические заболевания, обусловленные хронической интоксикацией алкоголем); лечение психических и соматических нарушений в постабстинентный период; противорецидивную терапию. В одних случаях при поступлении больных в плановом порядке эти виды помощи составляют этапы лечения, в других - больным оказывается только один вид помощи (например, лечение острых интоксикаций и абстинентного синдрома на догоспитальном этапе). Очевидно, что содержание отдельных видов помощи требует участия в лечении различных специалистов, компетентность которых выходит за рамки специальности "психиатр-нарколог". Современные подходы рассматривают каждый этап лечения как необходимый, но не достаточный. Подход распространяется на больных, поступающих как в неотложном, так и в плановом порядке.

После завершения первого этапа лечения (купирование абстинентного синдрома или острой интоксикации в условиях стационара, амбулаторно или на дому) больным в добровольном порядке предлагается перейти ко второму и третьему этапу (соответственно: коррекция постабстинентных психических расстройств и противорецидивная терапия).

Лечение психических и соматических расстройств постабстинентного периода проводится в стационаре или амбулаторно. Продолжительность второго этапа в частных случаях бывает от 7 дней до месяца и более. Третий этап помощи осуществляется амбулаторно. Продолжительность противорецидивной терапии во времени не ограничивается. Лечение включает комплекс фармакологических и психотерапевтических тактик, направленных на профилактику рецидива. При этом решающую роль будет играть социальная реадаптация больного. Если пациент в силу субъективных причин отказывается принимать участие во всей терапевтической программе, то ему предлагается самостоятельно определить потребность в том или ином виде медицинской помощи. Лечение острых отравлений алкоголем и его суррогатами. Несмотря на значительную полиморфность острых отравлений практически всем больным назначаются зондовое промывание желудка, активированный уголь или другие сорбенты и слабительные средства, трансфузионная дезинтоксикационная терапия, направленная на максимально быстрое выведение токсиканта из организма, профилактику гиповолемических и метаболических нарушений, коррекцию кислотно-щелочного и электролитного баланса. При продолжительной экспозиции в состав назначений вводятся осмотически активные соединения - маннитол и гипертонический раствор глюкозы. При длительной детоксикации в состав интенсивной терапии вводятся средства для парентерального питания. Форсированный диурез проводится по общепринятым методикам в объеме до 6 л в сутки с введением хлорида калия до 3 г. в сутки и лазикса до 200 мг в сутки. Кислотно-щелочной баланс регулируется введением закисляющего (аскорбиновая кислота 10-15 мг/кг) и ощелачивающего (натрия гидрокарбонат 60-80 мэкв на первые 400 мл раствора) препаратов. Для коррекции нарушений гемодинамики и дыхания применяются аналептики - этимизол, сульфокамфокаин, дофамин. При выраженной дыхательной недостаточности применяется искусственная вентиляция легких. С целью профилактики гипоксической энцефалопатии при отравлениях назначаются внутривенно пирацетам и рибоксин до 3 г в сутки. При отравлении метиловым спиртом и этиленгликолем антидотом является этиловый спирт (30% раствор на глюкозе, инфузия до состояния опьянения). Особенностью алкогольной абстиненции является ее частое сочетание с явлениями интоксикации подострого характера. Поэтому в случаях массированного алкогольного эксцесса или запоя целесообразно провести форсированный диурез. Для ускорения метаболизма ацетальдегида (метаболит этанола, сильный протоплазматический яд) в схему лечения вводится аскорбиновая кислота, витамины группы В, никотиновая кислота, рибоксин. Высокой детоксикационной и антиабстинентной активностью обладают метадоксил (Италия) и пикамилон (Россия). Следует учесть, что алкогольная абстиненция часто сопровождается артериальной гипертензией, пароксизмальной тахикардией, острым панкреатитом и другой соматической патологией, требующей неотложного вмешательства и набора средств симптоматической и патогенетической терапии. Комбинируя психотропные средства следует сделать выбор в пользу натрия оксибутирата и бензодиазепинов. Аминазин и амитриптилин противопоказаны из-за их способности провоцировать психозы в остром периоде абстиненции. Психомоторное возбуждение купируется дроперидолом. Современная тактика лечения острых алкогольных психозов предусматривает проведение форсированного диуреза с введением в схему больших доз аскорбиновой кислоты, витаминов В1 (до 1 г в сутки) и В6, АТФ и других мероприятий профилактирующих отек и гипоксию головного мозга. Следует учесть, что современные психотропные средства не обнаруживают достоверной антипсихотической активности при острых экзогенных психозах. Показаниями для их применения являются тревога, бессоница и психомоторное возбуждение. Препаратами выбора являются натрий оксибутират, барбитураты и бензодиазепины с противотревожным действием (феназепам, диазепам). В случаях мусситирующего делирия и острых энцефалопатий введение психотропных средств противопоказано. Лечение затяжных и хронических алкогольных психозов. В лечении затяжных и хронических алкогольных психозов следует придерживаться синдромального подхода. Препаратами выбора являются нейролептики. При затяжных и хронических галлюцинозах и параноиде назначается галоперидол или другие нейролептики - бутирофеноны. Алкогольный бред ревности лечится трифтазином. Лечение психических нарушений постабстинентного периода. Вне зависимости от формы токсикоманий в постабстинентном периоде наиболее характерны аффективные, психопатоподобные и астенические расстройства. При ведущих аффективных расстройствах выбор делается между амитриптилином, мелипрамином, лудиомилом и леривоном. Неулептил и азалептин обнаруживают избирательную активность по отношению к психопатоподобным состояниям. При ведущих астенических явлениях эффективный результат может быть достигнут неспиртовыми формами адаптагенов (экселекок, экстракт родиолы розовой сухой, препараты женьшеня и др.). Противорецидивная терапия. Противорецидивная терапия также предусматривает коррекцию психических нарушений, но на первый план выступают психотерапия и социальная реабилитация. Целью психотерапии является формирование стойкой установки на прекращение наркотизации (алкоголизации). В отдельных случаях эффективными оказываются эмоционально-стрессовые суггестивные процедуры.

Алгоритмы оказания неотложной наркологической помощи на дому.1. Диспетчерская служба Диспетчер обязан: - получив телефонный запрос от пациента предоставить ему полную информацию о лечебно-диагностических мероприятиях, проводимых в учреждении, их стоимости, действующей системе скидок и льгот; - определить профильность обращения больного за помощью. - получив согласие пациента на проведение лечебных мероприятий на дому диспетчер фиксирует в личном журнале вызовов полученный вызов согласно установленной форме (адрес и телефон пациента, дату и время вызова, показания для вызова со слов родственников пациента и оговоренную стоимость вызова); - передать указанную выше информацию дежурному врачу и зафиксировать время передачи вызова и фамилию врача в личном журнале вызовов; - зафиксировать время прибытия врача к пациенту; - зафиксировать время убытия врача от пациента; - через сутки осуществить контрольный звонок пациенту; - в случае возникновения нештатных ситуаций немедленно связываться с руководством учреждения. 2. Лечебно-консультативная помощь на дому у пациента. Врачи учреждения осуществляют оказание больному на дому помощи, включающей в себя консультативный осмотр и собственно оказание медицинской помощи по показаниям. После получения вызова от диспетчера врач выезжает по указанному адресу, по прибытии представляется, сообщает диспетчеру о прибытии на вызов, путем опроса родственников и близких больного, а также самого пациента выясняет жалобы, анамнез жизни, заболевания; оценивает соматическое, неврологическое и психическое состояние пациента по общепринятой методике в соответствие с информационным письмом МЗ РФ для врачей скорой помощи.

Симптомокомплекс, характерный для алкогольного опьянения, складывается из 3 групп симптомов, каждая из которых должна быть верно оценена и исчерпывающе отражена в амбулаторной карте.

1. Нарушения психической сферы (эмоциональные и поведенческие изменения). К ним относятся:

а) алкогольная эйфория. Возникает после приема относительно небольших доз алкоголя и длится 1-2 часа. Часто эйфория неустойчива и легко сменяется дисфорическими вспышками. Для эйфории характерны: повышенные речевая активность, эксцентричность поведения, отвлекаемость, расторможенность, повышение самооценки.

б) Дисфорическое состояние. Часто встречается на выходе из алкогольного опьянения или в условиях психогении. Характеризуется раздражительностью, недовольством, легко возникающим чувством ущемленного достоинства. Лица, находящиеся в состоянии дисфории угрюмы, озлоблены, раздражительны, склонны к импульсивным агрессивным реакциям по незначительным поводам.

в) Психомоторная заторможенность. Возникает при употреблении больших доз алкоголя или при повышенной чувствительности к нему. Характеризуется снижением побуждений и активности, вялостью, медлительностью, нарастающей сонливостью. Отмечается обеднение речевой продукции, замедление мышления, нарушения памяти. Важную информацию о состоянии больного дает наблюдение за его речью: выговаривание отдельных звуков, словосочетаний, эмоциональной модуляцией голоса. Часто выявляются "смазанность" произношения, отдельные дизартрии, скандированность речи, монотония. Наличие этих изменений или их отсутствие должны быть отражены в истории болезни. К неврологическим нарушениям можно отнести: а) нарушение походки.

2. Неврологические нарушения. К неврологическим нарушениям можно отнести:

а) нарушение походки. Это высокочувствительный и надежный показатель. Неустойчивая походка, разбрасывание ног при ходьбе постоянно встречаются у лиц с алкогольным опьянением. Для выявления этих нарушений применяется функциональная проба "ходьба с быстрыми поворотами". При проведении этой пробы обследуемому предлагают сделать 5-6 шагов в одном направлении, быстро развернуться и сделать столько же шагов в обратном направлении.

б) нарушение координации движений. Выявляются довольно легко при проведении простых координаторных проб: поднятие мелких предметов с пола, пальценосовой пробы, сведении при закрытых глазах кончиков указательных пальцев. К ценным диагностическим симптомам относятся нарушения при удерживании равновесия в позе Ромберга, особенно сенсибилизированной.

в) Появление нистагма закономерно уже в легких формах алкогольного опьянения. При исследовании движений глаз выявляется горизонтальный установочный нистагм при фиксации взора в крайних отведениях. Более чувствительной является проба Ташена - обследуемый совершает 5 оборотов вокруг собственной оси за 10 секунд. Затем его останавливают и просят зафиксировать взор на каком-либо предмете, который держат перед его лицом на расстоянии 35 см, затем определяется длительность нистагма (в норме - не более 10 секунд).

3. Вегето-сосудистые изменения. В совокупности с другими признаками обнаруживаются лабильность пульса, артериального давления, дыхания, облегчается формирование коллаптоидных состояний, особенно при резком изменении положения тела;

а) гиперемия склер;

б) тахикардия 100 уд. в 1 мин.;

в) гиперемия кожных покровов;

г) повышение АД, частоты дыхания, температуры тела. Эти признаки в большей степени подвержены колебаниям и могут отражать неспецифические реакции обследуемого. Запах алкоголя изо рта практически обязателен в состоянии алкогольного опьянения. Однако субъективная оценка наличия или отсутствия запаха алкоголя изо рта нередко приводит к ошибкам. Следует дифференцировать запах алкоголя с запахами других летучих пищевых, лекарственных или косметических веществ, которые могут весьма напоминать алкоголь. Кроме того, нередко запах алкоголя может исходить от одежды, пропитанной спиртными напитками, от повязок и ран, обработанных спиртсодержащими препаратами. Поэтому запах алкоголя следует определять при глубоком выдохе больного с близкого расстояния. Можно прибегнуть к стаканной пробе, которая проводится путем глубокого выдоха обследуемого в чистый стакан до запотевания его стенок и последующей немедленной оценкой пробы лицом, проводящим пробу. Запах алкоголя изо рта при отсутствии других клинических признаков воздействия алкоголя не может служить единственным основание для установления факта употребления алкоголя, но обязательно должен быть отмечен в истории болезни. Таким образом, при установлении диагноза алкогольного опьянения необходимо определить у больного и отразить в карте вызова следующие моменты:

При алкогольном опьянении легкой степени 1. Неадекватное реагирование, вспыльчивость, демонстративность действия, эйфория, эмоциональная неустойчивость, затруднения при концентрации внимания, отвлекаемость и т.п.). 2. Усиление вегето-сосудистых реакций (гиперемия кожи, инъецированность склер, повышенная потливость, тахикардия и т.п.). 3. Отдельные нарушения в двигательной сфере (изменение походки, пошатывание при ходьбе с быстрыми поворотами, неустойчивость в сенсибилизированной позе Ромберга, неточность выполнения мелких движений и координаторных проб, горизонтальный нистагм при взгляде в сторону, положительная проба Ташена. 4. Запах алкоголя изо рта.

При алкогольном опьянении средней степени 1. Выраженные изменения психической деятельности (в поведении преобладает недоосмышление ситуации, заторможенность, возбуждение с агрессивными или ауто-агрессивными действиями, неадекватными реакциями; эйфория, дисфория, нарушение последовательности изложения мыслей, фрагментарность высказываний и т.п.). 2. Вегетативно-сосудистые расстройства (гиперемия или побледнение кожных покровов, тахикардия, тахипноэ, колебания АД, потливость, слюнотечение, расширение зрачков, вялая фотореакция). 3. Двигательные и нервно-мышечные нарушения (выраженная дизартрия, неустойчивость при стоянии и ходьбе, отчетливые нарушения координации движений, горизонтальный нистагм, снижение болевой чувствительности). 4. Резкий запах алкоголя изо рта.

При тяжелой степени алкогольного опьянения 1. Тяжелые расстройства психической деятельности (нарушение ориентировки, резкая заторможенность, сонливость, малая доступность контакту, непонимание смысла вопросов, отрывочные бессмысленные высказывания. 2. Выраженные вегето-сосудистые нарушения (выраженная гипотония, скопление слизи в полости рта и носоглотке, бледность кожи и слизистых, потливость, в ряде случаев - непроизвольное мочеиспускание, слабая реакция зрачков на свет). 3. Тяжелые двигательные нарушения (неспособность самостоятельно стоять и выполнять целенаправленные действия, подавленность сухожильных рефлексов, иногда - спонтанный нистагм). 4. Резкий запах алкоголя изо рта. Диагностика проводится в рамках следующих состояний: простое алкогольное опьянение (легкой, средней, тяжелой степени); измененные формы алкогольного опьянения (эксплозивный, дисфорический, истерический, депрессивный, маниакальный, эпилептоидный, параноидный варианты, опьянение с импульсивными действиями, опьянение с преобладанием сомноленции); патологическое опьянение; алкогольная абстиненция (вегетативно-соматические, неврологические, психические расстройства); металкогольные психозы. Алкогольное опьянение с глубоким сопором или комой должно служить основанием для вызова "скорой медицинской помощи" и последущей госпитализацией больного. После постановки диагноза и получения согласия пациента врач приступает к оказанию медицинской помощи руководствуясь следующей методикой. При лечении острой алкогольной интоксикации необходим комплекс мероприятий, направленных, с одной стороны, на прекращении дальнейшего всасывания алкоголя и ускоренное выведение его из организма, а с другой - на защиту и поддержание систем или функций, страдающих от воздействия алкоголя. Интенсивность терапии определяется как тяжестью острой алкогольной интоксикации, так и общим состоянием опьяневшего. При этом проводится промывание желудка с целью удаления еще не всосавшегося алкоголя, и медикаментозная терапия дезинтоксикационными средствами и антагонистами алкоголя. Дезинтоксикационная терапия включает в себя внутривенное введение растворов 5% глюкозы или 0,9% раствора хлорида натрия - 400-800 мл с добавлением, по показаниям, аналептических препаратов (0,5% раствора бемегрида - до 10 мл, кордиамина - до 4 мл), 5% раствора аскорбиновой кислоты - до 10 мл, 2,5% раствора сернокислой магнезии - до 10 мл или 10% раствора глюконата (хлорида) кальция. Внутримышечно вводят до 10 мл 5% раствора пиридоксина (Vit B6). Используется также внутримышечное введение 5% раствора унитиола - по 1 мл на 10 кг массы тела или внутривенное введение 30% раствора тиосульфата натрия - до 20 мл. По показаниям, особенно при наличии сопутствующей соматической патологии, вводятся сердечные, гипотензивные, мочегонные препараты, дыхательные аналептики и др. средства. Введение психотропных препаратов (нейролептиков, транквилизаторов или антидепрессантов) при остром алкогольном опьянении нецелесообразно, так как они могут усиливать токсическое действие алкоголя. При измененных формах алкогольного опьянения, при наличии выраженной тревожности, эмоциональной неустойчивости, склонности к дисфории или импульсивным действиям допускается внутримышечное введение до 4 мл раствора реланиума (сибазона) либо 2,5% раствора дроперидола - до 4 мл. При лечении алкогольной абстиненции врач учитывает выраженность основных компонентов абстинентного синдрома (сомато-вегетативных, неврологических и психических нарушений). Обязательными компонентами являются витамино- и дезинтоксикационная терапия. Витаминотерапия включает в себя парентеральное введение растворов тиамина (Vit B1) либо пиридоксина гидрохлорида (Vit B6) - 5-10 мл. При выраженном треморе назначается раствор цианкобаламина (Vit B12) - 2-4 мл. Не рекомендуется одновременное введение различных витаминов группы В из-за возможности усиления аллергических реакций и их несовместимости в одном шприце. Аскорбиновая кислота (Vit C) - до 5 мл вводится внутривенно вместе с плазмозамещающими растворами. Дезинтоксикационная терапия включает в себя введение тиоловых препаратов - 5% раствора унитиола (1мл на 10 кг массы тела внутримышечно) либо 30% раствора натрия тиосульфата (до 20 мл); гипертонические - 40% глюкоза - до 20 мл, 25% сернокислая магнезия (до 20 мл), 10% хлористый кальций (до 10 мл), изотонические - 5% глюкоза (400- 800 мл), 0,9% раствор хлорида натрия (400-800 мл) и плазмозамещающие - гемодез (200-400 мл) растворы. Целесообразно, также, внутривенное введение 20% раствора пирацетама (до 40 мл). Эти мероприятия по показаниям дополняются купированием сомато-вегетативных, неврологических и психических нарушений. При повышении артериального давления внутримышечно вводится 2-4 мл раствора папаверина гидрохлорида или дибазола; при нарушении сердечного ритма назначаются аналептики - раствор кордиамина (2-4 мл), камфоры (до 2 мл), препараты калия панангин (до 10 мл); при одышке, затруднении дыхания - внутривенно вводится до 10 мл 2,5% раствора эуфиллина. Уменьшение диспептических явлений достигается введением раствора реглана (церукала - до 4 мл), а также спазмалгетиков - баралгина (до 10 мл), НО-ШПы (до 5 мл). Раствор баралгина наряду с 50% раствором аналгина показан, также, для уменьшения выраженности головных болей. При ознобе, потливости вводится раствор никотиновой кислоты (Vit PP - до 2 мл) или 10% раствор хлористого кальция - до 10 мл. Психотропные средства применяются для купирования аффективных, психопатоподобных и неврозоподобных нарушений. Реланиум (дизепам, седуксен, сибазон) вводится внутримышечно, либо в конце внутривенной инфузии растворов внутривенно в дозе до 4 мл при абстинентных состояниях с тревогой, раздражительностью, расстройствами сна, вегетативными нарушениями. Нитразепам (эуноктин, радедорм - до 20 мг), феназепам (до 2 мг), грандаксин (до 600 мг) даются перорально, при этом необходимо учитывать, что нитразепам и феназепам лучше использовать для нормализации сна, а грандаксин для купирования вегетативных расстройств. При выраженных аффективных расстройствах (раздражительности, склонности к дисфории, вспышкам гнева) применяются нейролептики с снотворно-седативным действием (дроперидол 0,25% - 2-4 мл). При рудиментарных зрительных или слуховых галлюцинаций, параноидной настроенности в структуре абстиненции внутримышечно вводится 2-3 мл 0,5% раствора галоперидола в сочетании с реланиумом для уменьшения неврологических побочных эффектов. При выраженном двигательном беспокойстве применяется дроперидол по 2-4 мл 0,25% раствора внутримышечно или натрия оксибутират по 5-10 мл 20% раствора внутривенно. Нейролептики из группы фенотиазинов (аминазин, тизерцин) и трехциклические антидепрессанты (амитриптилин) противопоказаны. Лечебные мероприятия проводятся до появления признаков отчетливого улучшения состояния пациента (редукции сомато-вегетативных, неврологических, психических нарушений, нормализации сна) под постоянным контролем функции сердечно-сосудистой или дыхательной системы.