**Алкогольное опьянение**

Под психоактивным веществом (ПАВ) понимают любое вещество (природное или синтетическое), способное при однократном приёме изменять настроение, физическое состояние, самоощущение, восприятие окружающего, поведение, либо давать другие, желательные с точки зрения потребителя, психофизические эффекты, а при систематическом приёме вызывать психическую и физическую зависимость.

Выделяют три группы психоактивных веществ: алкоголь, наркотики и токсические вещества. К последним также относятся лекарственные средства с психотропным эффектом (т.н. психотропные препараты), разрешённые к медицинскому применению Фармакологическим Комитетом РФ и не включенные в официальный «Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации».

***Алкоголь*** – наиболее часто используемое психоактивное вещество. Алкогольсодержащие напитки с позиции фармакологии, токсикологии и наркологии – наркотическое вещество. Но так как алкоголь не внесен в список веществ, взятых под контроль, как наркотики, юридически алкоголизм не считается наркоманией. В системе организации наркологической помощи населению алкоголизм занимает ведущее место и представляет основную форму заболеваний в этой группе.

Под ***наркотиком***понимают вещество, соответствующее следующим критериям:

а) оказывает специфическое действие на психические процессы – ,стимулирующее, эйфоризирующее, седативное, галлюциногенное и т.д. (медицинский критерий);

б) немедицинское потребление вещества имеет большие масштабы, последствия этого приобретают социальную значимость (социальный критерий);

в) в установленном законом порядке признано наркотическим и включено МЗ РФ в список наркотических средств (юридический критерий).

Психоактивные вещества, не отнесённые к списку наркотиков, обычно называют ***токсическими***. Они обладают всеми психотропными свойствами наркотиков, имеют общие с наркотиками закономерности формирования зависимости. Более того, зависимость при злоупотреблении токсическими веществами часто бывает более выраженная. Если УК РФ не предусматривает уголовную ответственность за незаконное приобретение, хранение, изготовление, переработку, пересылку и сбыт этих веществ, то они не считаются наркотиками.

В связи с тем, что в настоящее время в нашей стране наблюдается рост употребления и злоупотребления ПАВ, врач любой специальности должен знать особенности сбора анамнеза, соматического обследования и возможности экспресс-диагностики пациентов с подозрением на злоупотребление ПАВ.

**Сбор анамнеза**: обычно эти пациенты склонны к отрицанию факта употребления или преуменьшению дозы из-за страха последствий, которые может повлечь за собой признание в употреблении ПАВ. Поэтому при подозрении на употребление ПАВ необходимо стремиться получить объективную информацию из других источников. При этом врач должен понимать, что пациент будет стремиться преуменьшить или полностью отрицать факт употребления ПАВ.

Следует иметь в виду, что злоупотребление ПАВ часто сосуществует с психическими расстройствами (депрессией, тревогой), что само по себе также является причиной их возникновения. Пациенты могут заниматься самолечением, используя как назначенные, так и не назначенные врачом средства. При обследовании пациента с симптомами депрессии, тревоги или психоза необходимо исключить вероятность того, что эти расстройства могли быть вызваны использованием ПАВ.

**При соматическом обследовании** следует определить, связано ли соматическое заболевание пациента с использованием ПАВ. Так, при подозрении или выявлении симптомов ВИЧ-инфекции, абсцессов, бактериального эндокардита, гепатита, тромбофлебита, столбняка, абсцессов, шрамов от внутривенных или подкожных инъекций необходимо исключить внутривенное или подкожное введение ПАВ. У пациентов, вдыхающих кокаин или героин, часто наблюдаются смещение или прободение носовой перегородки, назальные кровотечения, риниты. Пациенты, курящие очищенный кокаин, крэк, марихуану или другие наркотики (в том числе вдыхающие ингалянты), часто болеют бронхитом, астмой, хроническими заболеваниями дыхательных путей.

При подозрении на употребление ПАВ можно с высокой степенью вероятности использовать ***экспресс-тесты для выявления наркотических веществ*** в моче. Хорошо зарекомендовали себя отечественные тесты, которые позволяют с очень высокой достоверностью установить употребляет ли пациент те или иные наркотические вещества. Наличие тестов для определения одного или сразу нескольких ПАВ открывает широкие возможности для ранней диагностики. Простота диагностического тестирования, возможность определения наркотических веществ опийной группы в течение пяти дней, а каннабиоидов - в течение 2-х недель после последнего употребления делает возможным применение их в лечебных учреждениях, быту, учебных заведениях, при проведении экспертизы и т.п.

В медицинской документации необходимо приводить подробное описание употребляемого вещества, а не категорию, к которой оно принадлежит. Также указывать способ, дозу и частоту приёма, если проводилось экспресс-тестирование – его результаты. Следует иметь в виду, что экспресс-тесты, а также лабораторные методы исследования при диагностике зависимости от ПАВ имеют лишь вспомогательное значение, так как сам факт обнаружения в организме пациента ПАВ не является основанием для постановки диагноза. Основным в диагностике заболевания остаётся метод клинического обследования.

**Алкоголизм и алкогольные (металкогольные) психозы**

**Острая алкогольная интоксикация**

Этиловый спирт действует преимущественно на ЦНС. Он вызывает характерное алкогольное возбуждение. В первую очередь под действием алкоголя нарушается деятельность коры больших полушарий головного мозга, а при повышении его концентрации в крови поражаются клетки спинного и продолговатого мозга. Спиномозговые рефлексы страдают только при глубоком опьянении. Под влиянием алкоголя снижаются реактивность и работоспособность корковых клеток, что приводит к нарушению сложных условных связей. Характерное для алкогольного опьянения возбуждение ни в коей мере не указывает на истинное возбуждающее действие алкоголя. Он вызывает угнетение тормозных процессов коры больших полушарий головного мозга, приводящее к высвобождению подкорковых центров, что и обусловливает картину алкогольного возбуждения. В больших дозах алкоголь также угнетает подкорковые центры, что может приводить к коматозному состоянию. Под влиянием алкоголя нарушается координация мышц-антагонистов, что приводит к неточности движений: походка опьяневших становится шаткой, неуверенной (в значительной степени это связано также с расстройством функции вестибулярного аппарата). Алкоголь нарушает процессы окисления в клетках головного мозга, он способен проникать внутрь клеток, что зависит от разницы его концентрации вне и внутри клетки. Этим в основном определяется всасывание и распределение алкоголя в организме.

Алкоголь, действуя главным образом через ЦНС, является сильным возбудителем секреции желудочных желез, но выделяемый при этом желудочный сок беден ферментами, а его пищеварительная способность снижена. Местное действие алкоголя на ЖКТ также значительно, вызванные им длительная гиперемия и застой в кровеносных сосудах приводят к дистрофическим изменениям паренхиматозных элементов слизистой оболочки, которая становится гладкой и эрозированной.

Алкоголь усиливает моторную функцию желудка, в связи с чем эвакуация его содержимого происходит быстрее. При приеме внутрь в обычных условиях около 20% принятого алкоголя всасывается в желудке, а остальные 80-% - в тонком кишечнике. Алкоголь диффундирует в стенку желудка и тонкой кишки, большее его количество поступает в неизмененном виде прямо в ток крови. Другая часть алкоголя проникает через стенку желудка и тонкой кишки и попадает в брюшную полость, оттуда всасывается большой поверхностью брюшины и уже потом поступает в ток крови.

Интенсивность всасывания (резорбции) определяется многими факторами: площадью контакта алкоголя со стенкой желудочно-кишечного тракта и ее васкуляризацией, скоростью эвакуации содержимого из желудка в кишечник, характером употребления (однократно или дробно), видом напитка(его крепость, наличие углекислоты). У здоровых людей алкоголь может оставаться в желудочно-кишечном тракте от 45 минут до 3 часов, это следует учитывать при оказании первой помощи при остром отравлении алкоголем.

У большинства людей максимум концентрации алкоголя в крови наступает через 1 час после приема напитка, при приеме алкоголя на пустой желудок – через 15-80 минут. Если желудок перед употреблением алкоголя наполнен пищей, то концентрация в крови станет максимальной через 1,5-2 часа. Всасыванию алкоголя из желудка наиболее препятствуют картофель, мясо и жиры. У лиц с гастритом и язвенной болезнью скорость резорбции алкоголя значительно выше, чем у здоровых людей, соответственно очень резко повышается концентрация алкоголя в крови.

С момента поступления в организм алкоголя начинаются активные процессы, связанные с его расщеплением и выведением. Эндогенному окислению подвергается 90-98% принятого алкоголя; от 2 до 10% его выделяется из организма в неизмененном виде с мочой, выдыхаемом воздухом, потом, слюной, калом и т.д. Окисление алкоголя происходит главным образом в печени.

Фаза элиминации (выделения) алкоголя наступает после всасывания 90-98% принятого алкоголя из желудочно-кишечного тракта.

Алкоголь окисляется в организме с участием алкогольдегидрогеназы и каталазы до ацетальдегида и затем до уксусной кислоты, которая превращается в углекислоту и воду. При приеме небольших доз около 90% окисляющегося алкоголя подвергается воздействию алкогольдегидрогеназы (в печени) и около 10% - каталазы. Окисление алкоголя в печени не зависит от его концентрации в организме, т.е. здесь всегда окисляется относительно постоянное количество. Окисление алкоголя каталазой зависит от концентрации его в тканях, где происходит этот процесс. Чем больше алкоголя в органах, тем больше его окисляется системой каталазы. При этом условии обычное соотношение окисления печенью и системой каталазы (у здоровых людей при небольших дозах) 90:10 может изменяться у больных алкоголизмом при употреблении больших доз алкоголя до 50:50 или даже больше, так как система каталазы может увеличивать окисление в несколько раз, а алкогольдегидрогеназа печени окисляет лишь определенное количество алкоголя. Этим можно объяснить употребление привычными к алкоголю людьми и больными алкоголизмом больших количеств алкоголя.

После всасывания алкоголь проникает в большинство органов почти равномерно и уже спустя 1-1,5 часа после его приема устанавливается диффузное равновесие, но содержание алкоголя в разных тканях и органах никогда не бывает одинаковым. Концентрация алкоголя в крови – лучший показатель алкогольной интоксикации. Кровь является универсальным материалом для экспертизы (живых лиц и трупов). Содержание алкоголя в крови принимают за единицу, а для других жидкостей (органов и тканей) используют соответствующие коэффициенты. Так, коэффициент для пересчета содержания алкоголя в мозговой ткани равен 1,15±0,14, для мышечной ткани – от 0,74 до 0,93; для слюны – 0,97±1,4. Соотношение алкоголь мочи/алкоголь крови через 1 час после приема алкоголя равно 1:1, через 2 часа – 1:1,3, через 3 часа – 1:1,43, а через 4 часа – 1:1,33.

Исходя из концентрации алкоголя в крови и веса человека, можно определить количество принятого алкоголя по формуле Видмарка***: А=p.c.r,***где ***А***-общее количество принятого алкоголя; ***р*** – вес человека; ***с*** – концентрация алкоголя в крови***; r*** – константа, означающая вес части тела, которая служит растворителем для алкоголя ( у мужчин равна 0,68, у женщин – 0,55 с отклонением ± 25% в обоих случаях).

Элиминация алкоголя (окисление и выведение из организма) – процесс, который идет параллельно с резорбцией и распределением вещества в тканях. Общая длительность элиминации зависит от многих причин и в первую очередь от принятой дозы. В принципе алкоголь является нормальным метаболитом и следы его постоянно присутствуют в крови (около 0,018мг%). Скорость инактивации этанола у мужчин составляет в среднем 0,12 г/кг/час, т.е. примерно 10 мл чистого алкоголя в час, у женщин этот показатель меньше на 25% и в среднем равняется 0,085 г/кг/час.

**Алкогольное опьянение – острая интоксикация, обусловленная психотропным действием напитков, содержащих этиловый спирт (алкоголь), вызывающих торможение центральной нервной системы. В легких случаях она протекает с идеомоторным возбуждением и вегетативными симптомами, в тяжелых – с дальнейшим углублением торможения, развитием неврологических расстройств и резким угнетением психических функций – вплоть до комы.**

Тяжесть алкогольного опьянения и его клинические особенности зависят не только от количества принятого спиртного, темпа приема, температуры воздуха и даже его концентрации в крови. Это зависит также от индивидуальных биологических, психических особенностей индивида – типа нервной системы, личностных черт, а также от его функционального состояния в данный момент. Например, резко повышена чувствительность к спиртному у психопатических личностей, у лиц с последствиями черепно-мозговых травм, перенесших в прошлом инфекционные и соматические болезни или истощение ЦНС и даже просто переутомление непосредственно перед потреблением спиртного.

Клинические проявления алкогольного опьянения разделяют на следующие основные типы:

а) простое алкогольное опьянение;

б) измененные формы простого алкогольного опьянения;

в) патологическое опьянение.

**Простое алкогольное опьянение**

Простое алкогольное опьянение может проявляться в легкой, средней и тяжелой степени.

*Легкая степень простого алкогольного опьянения* (обычно при концентрации алкоголя в крови 1-1,5 ‰ ) проявляется ощущением тепла, гиперемией кожных покровов, учащением пульса, усилением аппетита, полового влечения. Внимание легко отвлекаемо, темп мышления ускоряется, в нем начинают преобладать непоследовательность и поверхностность. В движениях наблюдаются большая размашистость, порывистость, снижение точности. Улучшается настроение, возникает чувство бодрости и довольства, преобладают приятные мысли и ассоциации, восприятие слышимого и видимого имеет преимущественно положительную окраску. Колебания эмоционального фона, если и возникают, то бывают неглубокими (легкая обида, досада, нетерпение с оттенком раздражения) и скоро проходят. Речь становится более громкой и быстрой, однако нарушений артикуляции либо нет, либо, реже, они выражены незначительно. Критическое отношение как к своему состоянию, так и к выполняемым обязанностям снижается. Спустя некоторое время с начала опьянения приподнятое настроение постепенно сменяется вялостью и безразличием, двигательная активность уступает место расслабленности; мышление становится более замедленным. Нарастает состояние усталости, появляется желание заснуть. После легкой степени опьянения, продолжающейся в среднем несколько часов, неприятных психических и физических ощущений не отмечается, воспоминания о периоде опьянения сохраняются.

*Средняя степень простого алкогольного опьянения* (концентрация алкоголя в крови от 1,5 до 3%о) характеризуется более грубыми изменениями поведения. Речь становится дизартричной и более громкой из-за увеличения порога слухового восприятия. Представления образуются с трудом, содержание их однообразно. Замедление ассоциативного процесса не дает возможности подобрать синоним или заменить трудное слово. Наблюдаются частые повторения одних и тех же фраз. Внимание переключается медленно, только под влиянием сильных раздражителей. Резко снижается способность критической оценки своих возможностей и действий окружающих. Это приводит к возникновению разного рода конфликтов, которые обусловлены переоценкой опьяневшим собственной личности и расторможенностью влечений и желаний. Окружающая ситуация оценивается лишь фрагментарно, вследствие чего часто совершаются неадекватные, в том числе и противоправные, поступки. Движения становятся неуверенными, еще больше расстраивается моторика и возникают симптомы атаксии. Практически у всех лиц с опьянением средней степени наблюдаются грубые нарушения почерка, пошатывание с тенденцией к падению в позе Ромберга, слабость реакции зрачков на свет. Следует подчеркнуть, что человек, находящийся в состоянии опьянения средней степени, несмотря на вышеописанные симптомы, способен на очень верные и точные замечания не только в адрес окружающих, но и самого себя, т.е. психические расстройства всегда бывают диссоциированными.

Опьянение средней степени бычно сменяется глубоким сном. При пробуждении ощущаются последствия интоксикации: слабость, вялость, разбитость, сухость во рту, жажда, чувство тяжести в голове, в ряде случаев раздражительность или угнетенное настроение. Физическая и психическая работоспособность снижены. О событиях, происходивших в период опьянения, особенно о тех, которые не были эмоционально значимыми, воспоминания бывают смутными, с запамятыванием отдельных эпизодов.

*Тяжелая степень простого алкогольного опьянения* (концентрация алкоголя в крови от 3 до 5%о и выше) определяется появлением различных по глубине симптомов оглушения сознания. В наиболее тяжелых случаях развивается алкогольная кома. Всегда наблюдаются неврологические расстройства: мозжечковая атаксия, мышечная атония, амимия, выраженная дизартрия. Усиливаются вегетативные нарушения: урежается дыхание вплоть до его патологических форм, снижается тонус сердечно-сосудистой системы, появляются цианоз конечностей, гипотермия. Часто наблюдаются вестибулярные расстройства: головокружение, тошнота, рвота. В ряде случаев возникают эпилептиформные припадки. Возможно непроизвольное отхождение мочи и кала. По миновании тяжелой интоксикации в течение нескольких дней наблюдается адинамическая астения, сопровождаемая вначале атаксией, дизартрией и различными вегетативными нарушениями. Характерны анорексия и расстройства ночного сна. Опьянение тяжелой степени обычно сопровождается полной амнезией – т.н. наркотическая амнезия

**Атипичные формы простого алкогольного опьянения**

Это состояния легкой или средней тяжести острой интоксикации алкоголем, при которых (по сравнению с простым опьянением) происходит чрезмерно резкое усиление или, наоборот, ослабление каких-нибудь расстройств, либо нарушается последовательность их возникновения, либо развиваются симптомы, не свойственные простому алкогольному опьянению.

Наибольшее видоизменение претерпевают психические нарушения; значительно меньше – неврологические. Изменённые формы простого алкогольного опьянения возникают обычно при разнообразных привходящих условиях: на патологической почве (психопатии, олигофрении, различные по генезу психические заболевания, при резидуальном органическом поражении головного мозга, раннем начале алкоголизма, сформировавшемся алкоголизме, одновременном употреблении алкоголя и лекарственных средств, сочетанном приеме различных видов алкогольных напитков, в случаях когда опьянению предшествует соматическое заболевание или оно протекает на его фоне, а также при недосыпании, переутомлении или психогениях. Выделяемые варианты отражают преобладающие психопатологические нарушения.

***Эксплозивный вариант изменённого простого алкогольного опьянения***. Состояние эйфории выражено слабо и легко спонтанно или под влиянием внешних малозначительных обстоятельств преходящими вспышками резкого недовольства, раздражения или злобы. Соответственно изменяется содержание высказываний и поведение. Обычно эти вспышки непродолжительны, чередуются с относительным успокоением и даже благодушием, но в течение опьянения повторяются неоднократно.

***Дисфорический вариант изменённого простого алкогольного опьянения***. Преобладает стойкое состояние напряженности, сопровождаемое недовольством, угрюмостью, неприязнью или злобой. Практически во всех случаях можно выявить пониженно-тоскливый аффект. Неприязнь и злоба распространяются на все видимое и слышимое: опьяневший становится придирчивым, язвительным, задиристым, ищет повода для ссор. Часто выявляются ощущение соматического дискомфорта и гиперестезия. Вышеперечисленные нарушения могут наблюдаться еще в течение нескольких дней после алкогольного эксцесса.

***Истерический вариант изменённого простого алкогольного опьянения.*** Поведение опьяневшего всегда рассчитано на зрителя. Наблюдается наигранный аффект со склонностью к громким фразам, декламациям, содержание которых обычно сводится к несправедливо полученным обидам. Часто в высказываниях, отличающихся патетикой, преобладают различные обвинения в адрес других, самовосхваление или же, напротив, преувеличенные самоупреки, нередко наблюдается фантазирование.

***Депрессивный вариант изменённого простого алкогольного опьянения****.*В клинической картине преобладает сниженное настроение различной выраженности и оттенков. Как правило, эйфория начального периода или отсутствует или непродолжительна. В относительно легких случаях отмечается субдепрессивный аффект со слезливостью, неприятными воспоминаниями, жалостью к самому себе. В более тяжелых – тоска, ощущение безысходности, тревога, которые сопровождаются самоупреками и суицидными мыслями.В связи с отсутствием моторного торможения в таком состоянии велика вероятность суицидальных попыток.

***Изменённое простое алкогольное опьянение с импульсивными действиями***, как правило, наблюдается у больных шизофренией и обычно сопровождается половыми извращениями – гомосексуальными актами, эксгибиционизмом, флагелляцией. Пиромания и клептомания встречаются значительно реже.

***Изменённое простое алкогольное опьянение с преобладанием сомноленции***. После непродолжительного и слабо выраженного периода эйфории возникает состояние сонливости, быстро переходящее в сон.

***Маниакальный вариант изменённого простого алкогольного опьянения***проявляется повышенным настроением с беспечностью и благодушием, непродолжительными вспышками раздражения, различными «озорными» поступками, назойливым приставанием, неуместными шутками, громким смехом, повышенной откликаемостью на окружающее. Картина опьянения может напоминать маниакальное состояние органического генеза, реже – гебефреническое возбуждение.

При всех перечисленных формах изменённого простого алкогольного опьянения всегда наблюдаются выраженные в различной степени симптомы обычного опьянения: ухудшение моторики, артикуляции, изменение поведения в зависимости от условий окружения, сохранная ориентировка.

Наиболее тяжелыми по клиническим проявлениям и социальным последствиям являются такие изменённые формы простого алкогольного опьянения, как ***эпилептоидное*** и ***параноидное.*** Само их название подчеркивает известное сходство с основными типами патологического опьянения.

Проведенные исследования показали, что при указанных формах опьянения в преморбиде почти у половины наблюдался алкоголизм, у каждого седьмого – психопатия. При неврологическом исследовании у половины наблюдались рассеянные неврологические симптомы. В 80% случаев опьянению предшествуют психогении, недоедание, недосыпание. На начальном этапе опьянения наблюдаются нарушения, свойственные простому алкогольному опьянению. В последующем, чаще всего под влиянием внешнего, обычно незначительного, но отрицательного фактора, картина опьянения изменяется. Обычно такая трансформация наблюдается через 1,5 часа после последнего приема алкоголя. Доза спиртного составляет обычно 300-700 мл (в пересчете на водку) Возникающие при этом психические нарушения имеют достаточно специфические черты, что позволяет выделить две формы.

***Эпилептоидный вариант изменённого простого алкогольного опьянения*** . Трансформация клинической картины определяется быстро усиливающимся двигательным возбуждением с аффектами раздражения или злобы по отношению к окружающим. Состояние углубляется под влиянием противодействия и усложняется агрессивными насильственными поступками. Первоначально агрессия обычно бывает избирательной и направлена на лиц, имеющих непосредственное отношение к поведению опьяневших. По мере усиления двигательного возбуждения агрессивные поступки распространяются на всех, кто находится рядом. Наблюдавшиеся ранее нарушения координации движения обычно уменьшаются или совсем исчезают. На высоте возбуждения двигательные расстройства и высказывания могут стать стереотипными, но всегда сохраняется смысловая связь с ситуацией начального периода опьянения. Более того, интенсивность речедвигательного возбуждения и связанных с ним агрессивных действий подвержена определенным колебаниям, зависящим от словесных реакций окружающих. На высоте эпизода нет полного отрыва опьяневшего от реальной обстановки. Психические нарушения исчезают критически с последующей сонливостью или сном. Довольно часто наблюдается амнезия периода выраженного возбуждения.

***Параноидный вариант изменённого простого алкогольного опьянения.*** Трансформация клинической картины также определяется усилением двигательного и речевого возбуждения. На этом фоне опьяневшие выкрикивают отдельные слова или короткие фразы, содержание которых выражает ситуацию напряженности или опасности: «бандиты», «стреляй», «убьют», «беги», «прячься» и т.п. Одновременно появляются высказывания, отражающие реальную ситуацию, профессиональную деятельность, неприятные события, предшествующие опьянению. Агрессивные действия обычно дифференцированы, совершаются с учетом ситуации, меняются в зависимости от слов и действий окружающих. Характерно уменьшение и даже исчезновение нарушений координации движений и дизартрии. Высказывания опьяневших обычно так или иначе связаны с конкретными событиями, происходящими вокруг, они не отражают внутреннего состояния и поэтому их правильнее обозначать как бредоподобные. Психические симптомы опьянения исчезают обычно литически, в 2/3 случаев наблюдается амнезия опьянения.

Простое алкогольное опьянение (в том числе и все изменённые его формы) в различных проявлениях, особенно рассматриваемых в динамике, сохраняет в той или иной степени основные признаки острой интоксикации алкоголем. В этих случаях не бывает сумеречного помрачения сознания, Об этом свидетельствуют сохранность у опьяневшего контакта с окружающим. Разнообразные поступки, в том числе и неадекватные, недостаточно мотивированные, обычно на всем протяжении опьянения обусловлены каким-либо внешним и конкретным поводом. Действия опьяневших, как и их словесные реакции, имеют избирательную направленность, у них сохраняется способность улавливать ситуацию и происходящие в ней перемены. Появление или присутствие лиц, способных оказать опьяневшему противодействие с неприятными для него последствиями, так или иначе влияет на его поступки: он старается скрыться, уйти, или, наоборот, ещё сильнее возбуждается, сопротивляется, а иногда прибегает к агрессии.

**Патологическое опьянение**

Патологическое опьянение – это сверхострый транзиторный психоз, вызванный приемом алкоголя. После приёма относительно небольшого количества алкоголя внезапно развивается сумеречное помрачение сознания. Возникает отрешенность от окружающего, сопровождаемая дезориентировкой всех видов, но сохраняются привычные автоматизированные поступки, в частности способность к передвижению пешком или на транспорте. Как правило, эпизод полностью амнезируется. В поле зрения психиатров обычно попадают те случаи патологического опьянения, при которых сумеречное помрачение сознания сопровождается продуктивными расстройствами – образным бредом, двигательным возбуждением, аффективными расстройствами (страх, ярость, исступление), зрительными галлюцинациями устрашающего характера, т.е. возникает «психотическая» форма сумеречного помрачения сознания. В таком состоянии часто совершаются общественно опасные деяния. Поступки больных целиком определяются возникшими психотиченскими расстройствами, реальная ситуация для их действий значения не имеет. В поведении лиц в состоянии патологического опьянения обычно выявляются две основные тенденции: оборона со стремлением уничтожить источник опасности и бегство от угрожающей жизни ситуации. Нередко обе эти тенденции сосуществуют. С известной долей условности выделяют две основные формы патологического опьянения – ***эпилептоидную*** и ***параноидную***, или ***галлюцинаторно-параноидную***(встречается чаще)

При эпилептоидной форме патологического опьянения преобладает интенсивное двигательное возбуждение, обычно в форме бессмысленных и хаотических, агрессивных действий стереотипного характера. Преобладает аффект исступленной злобы и ярости, речевая продукция очень скудная, иногда двигательное возбуждение бывает немым. Галлюцинаторно-бредовые расстройства обычно рудиментарны.

При параноидной (галлюцинаторно-параноидной) форме патологического опьянения преобладает образный бред, содержанием которого обычно являются ситуации, угрожающие жизни опьяневшего. Окружающее воспринимается в измененном (иллюзорно-бредовом) плане. В состоянии двигательного возбуждения часто сохраняется способность совершать последовательные и сложные действия, которые внешне выглядят целенаправленными. И двигательные и речевые реакции обусловлены психопатологическими расстройствами, в первую очередь бредом и измененным аффектом. Значительно реже в клинической картине преобладают устрашающие зрительные галлюцинации, как правило, это изолированные, а не сценоподобные феномены. Преобладают теснящие, преследующие, относительно простые по содержанию зрительные галлюцинации.

Приблизительно в 2/3 случаев патологическое опьянения сменяется глубоким сном, а в остальных – резким психофизическим истощением. Очень частым симптомом патологического опьянения является амнезия психотического эпизода (почти у 90%), причем у более половины – полная, а у остальных частичная.

Имеются данные о том, что в 10% случаев наблюдаются повторные состояния патологического опьянения.

Патологическое опьянение может возникать у практически здоровых лиц, но значительно чаще психотический эпизод развивается на фоне постоянных и временных дополнительных вредностей. К первым относятся остаточные явления перенесенных органических (ЧМТ, нейроинфекции) заболеваний. Из временных дополнительных вредностей чаще встречаются переутомление, недосыпание, повышенная или пониженная температура окружающей среды, резкие температурные перепады, интеркуррентные соматические и инфекционные заболевания, а также предшествующие психогении.

Судебно-психиатрической экспертизой патологическое опьянение квалифицируется как состояние невменяемости, в связи с чем лица, совершившие в этом состоянии общественно опасные действия, освобождаются от уголовной ответственности.

**Лечение острой алкогольной интоксикации**

При легкой и средней степени рекомендуется общее и местное согревание, внутрь 10-15 капель нашатырного спирта в 100 мл воды.

При средней и тяжелой степени: промывание желудка, введение подкожно 0,25-0,5 мл раствора солянокислого апоморфина (для вызывания рвоты), катетеризация мочевого пузыря в случае задержки мочеиспускания. В коматозном состоянии – введение сердечных препаратов, внутривенно по 100 мг пиридоксина(витамина В6), до 1 литра физиологического раствора с 15-20 мл 40% глюкозой. При сильном двигательном возбуждении рекомендуется витамин В12 по 50-100 мг. Введение барбитуратов противопоказано!

В случаях тяжелой комы – венепункция с изъятием до 200 мл крови, подкожно физиологический раствор – 800-1000 мл. При асфиксии – вдыхание кислорода, искусственное дыхание, цититон (1 мл 0,15% раствора в/в), лобелин (1 мл 1% раствора п/к), вдыхание смеси 90% кислорода и 10% углекислого газа.

**Экспертиза алкогольного опьянения**

Медицинское освидетельствование для установления состояния опьянения является комплексным мероприятием, выполняющим социальный заказ общества, включающим выполнение требований правового, медицинского, метрологического и морально-этического характера.

Так как освидетельствование выполняется в соответствии с требованиями действующих законов и других нормативных документов, его последствия могут повлечь серьезные последствия для освидетельствуемого.

Особенностью проведения медицинского освидетельствования является то, что к освидетельствованию привлекаются не только специалисты, занимающиеся именно этой деятельностью, но и неспециалисты в области медицинского освидетельствования – широкий круг врачей других специальностей и фельдшеров, для которых проведение медицинского освидетельствования является дополнительной нагрузкой. Они, как правило, недостаточно знакомы с правовой базой освидетельствования, порядком его проведения и критериями обоснования заключения.

Еще одной особенностью является то, что подавляющее большинство актов медицинского освидетельствования, в которых установлено состояние опьянения водителя транспортного средства, рассматривается мировым судьей с участием в судебном процессе адвоката, который во многих случаях подвергает сомнению правомерность проведения освидетельствования и обоснованность вынесенного заключения.

В Кодексе РФ об административных правонарушениях (КоАП) указано, что под состоянием опьянения водителей следует понимать наличие абсолютного этилового спирта в концентрации 0,3 и более грамма на 1 л крови или 0,15 мг на 1 л выдыхаемого воздуха. Там же сказано, что диагностическим критерием для вынесения заключения о состоянии опьянения водителя «может служить совокупность нарушений физических или психических функций человека вследствие употребления вызывающих опьянение веществ». Следует иметь ввиду, что количественный критерий состояния опьянения установлен только для водителей транспортных средств, а для других категорий освидетельствуемых диагностическим критерием при вынесении заключения об алкогольном опьянении по-прежнему может служить совокупность нарушений физических или психических функций человека.

В соответствии с нормативными документами медицинское освидетельствование водителей проводится на основании протокола о направлении на медицинское освидетельствование, подписанного должностным лицом, которому предоставлено право государственного надзора и контроля за безопасностью движения и эксплуатации транспортного средства, и водителем транспортного средства, в отношении которого применяется данная мера обеспечения производства по делу об административном правонарушении.

В остальных случаях освидетельствование производится по направлениям от работников правоохранительных органов или по письменному направлению от предприятий, учреждений и организаций, т.е. места работы освидетельствуемого, с круглой печатью и подписью должностного лица, а также по письменному заявлению самого освидетельствуемого, если врач сочтет причины обращения за освидетельствованием убедительными.

Врач, проводящий медицинское освидетельствование, составляет акт или протокол медицинского освидетельствования в установленной форме в двух экземплярах, в котором подробно излагаются сведения о внешнем виде освидетельствуемого, его поведении, эмоциональном фоне, речи, вегето-сосудистых реакциях, состоянии двигательной сферы, жалобы освидетельствуемого, его субъективная оценка своего состояния; отмечаются наличие или отсутствие запаха алкоголя, указываются результаты лабораторных исследований.

Основой медицинского заключения в отношении состояний, связанных с потреблением алкоголя, служат данные всестороннего медицинского освидетельствования. После его завершения производится отбор выдыхаемого воздуха для исследования его на наличие алкоголя. Кровь для анализов на алкоголь берется в исключительных случаях: по медицинским показаниям (например, тяжелые травмы, отравления и т.п.), а также в случаях, если из-за тяжести состояния освидетельствуемого признаки опьянения выявить не удается.

Заключение об опьянении выносится на основании выявления клинических признаков опьянения и положительных результатов исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя. Степень опьянения не указывается, так как такого требования в законодательных актах нет.