

Острая алкогольная интоксикация

Тяжесть алкогольной интоксикации у живых лиц зависит от крепости, количества и качества принятого алкоголя, времени, в течение которого был выпит алкоголь, а также индивидуальной реакции на него, изменяющейся в зависимости от возрастных, психогенных и физических факторов, времени суток, массы тела, количества и качества пищи.

Симптоматика алкогольного опьянения во многом определяется индивидуальными особенностями субъекта, его воспитанием, культурой питья, типом высшей нервной деятельности, реагированием на алкоголь.

Эмоциональное и физическое перенапряжение понижают выносливость к алкоголю. Восприимчивость к алкоголю понижается у лиц, перенесших черепно-мозговую травму, страдающих психическими заболеваниями, некоторыми психопатиями, тяжелыми неврозами, хроническим наследственным алкоголизмом, болеющих инфекционными заболеваниями.

Клиника острой алкогольной интоксикации обусловлена токсическим действием на организм не только спирта, но и продуктов его окисления. Особенно сильно их действие проявляется на конечной стадии алкогольной интоксикации и в период так называемого алкогольного похмелья, обусловленного действием ацетальдегида и других продуктов неполного сгорания алкоголя.

На степень опьянения оказывают влияние условия приема напитка: натошак, вызывающее острое опьянение, или же после приема обильной жирной пищи, привыкание к алкоголю, жара и пребывание в плохо вентилируемых, душных помещениях, внезапный перепад температуры, толерантность, характер и количество пищи, принятой одновременно с алкоголем, состав, чистота и концентрация алкоголя в напитке, физическое и психическое состояние человека в момент употребления алкогольных напитков (усталость, недосыпание, простуда, соматические, нервные и психические заболевания), ситуационная обстановка, температура внешней среды.

Различные примеси, такие, как сивушные масла, настой табака, жженая резина, различные корни, травы, барбитураты, опиум и другие усиливают действие алкоголя.

Клиническая картина опьянения определяется реакцией ЦНС данного субъекта на поступивший алкоголь. В основе этой реакции лежит вначале возбуждение, а затем торможение коры головного мозга, с освобождением подкорки из-под его контроля.

Параллельно развиваются расстройства вестибулярного аппарата, отмечается головокружение, нарушается координация движений, снижается скорость и точность рефлекторных реакций. В дальнейшем при нарастании концентрации алкоголя (если приняты большие количества спиртных напитков), процессы торможения захватывают подкорковые узлы, мозжечок и центры продолговатого спинного мозга. Развивается тяжелейшее отравление, влекущее за собой коматозное состояние, а иногда и смерть.

Клиническое проявление острой интоксикации алкоголем разделяют в зависимости от тяжести на три степени (легкую, среднюю, тяжелую); психопатологической структуры — три типа (простое алкогольное опьянение, измененные формы простого алкогольного опьянения, патологическое опьянение).

Легкая степень алкогольного опьянения

Субклиническая фаза. Концентрация алкоголя в крови до 0,3 ‰. Настроение приподнято, контакт с окружающими не нарушен, аппетит усилен, ощущается тепло в эпигастральной области.

Такой уровень алкоголя в крови может быть в стадии элиминации.

Гипоманиакальная фаза. Развивается после приема практически здоровыми лицами

50—100 мл 40 % водки или другого крепкого напитка, 200—400 мл 14—18 % вина или 1 л 2—3 % пива. В крови от 0,5 до 1,5‰ алкоголя. У испытуемых настроение повышено, жестикуляция и двигательная активность ускорены, иллюзорное восприятие внешнего мира, ощущение физического и психического комфорта, самодовольство, неадекватное ощущение улучшения умственных возможностей, прилива тепла, бодрости, повышенной работоспособности, снятия усталости, приятного голово-окружения

Исчезает стеснительность, скованность, напряженность, подавляется тревога и волнение. Освидетельствуемые многословны, иногда многоречивы до назойливости, хвастливы, благодущны, лживы. Речь четкая, громкая, несколько ускоренная, но осмысленная. Тематика разговоров быстро меняется. Мимические реакции утрированно выразительны. Наблюдается беспечность, отвлекаемость; ориентировка в месте, времени, окружающих лицах и собственной личности сохранена. Повышается аппетит, либидо, растормаживаются низшие эмоции

Лицо покрасневшее, реже бледное, склеры с расширенными сосудами, глаза блестят, отделение слюны и аппетит повышены, пульс и дыхание учащены. Тактильные и болевые ощущения понижены, порог восприятия звуковых (в том числе и цветовых) раздражителей повышен.

В выдыхаемом воздухе ощущается запах алкоголя. Освидетельствуемые нередко пытаются нейтрализовать запах алкоголя ароматическими веществами, дезодорантами, курением.

Нарушаются точные координационные движения и пробы. Во время ходьбы с резкими поворотами освидетельствуемых заносит в сторону. В позе Ромберга при приседании с закрытыми глазами наблюдается пошатывание. Зрачки обычной величины или слегка расширены.

В результате сохранности критики и ориентировки всех видов клиника этой фазы алкогольного опьянения может волевыми усилиями подавляться. В таких случаях регистрируется тревожность, озабоченность, конфликтность, злобность, попытка имитации трезвого состояния. Воспоминания обо всех событиях периода опьянения сохранены в полном объеме.

Средняя степень алкогольного опьянения

Дистимическая фаза. Однократное или дробное употребление здоровыми лицами индивидуально различных доз алкогольных напитков (в среднем около 300 мл и более водки, коньяка или 1 000 мл вина) и достижения в крови его концентрации в диапазоне от 1,5 до 2,5 ‰, по мере нарастания, глубины интоксикации вызывает переход (трансформацию) гипоманиакального состояния в дисфорическое. Поведение опьяневших меняется и постепенно становится неконтролируемым волевыми усилиями. Появляется не-сдержанность, нетактичность, раздражительность, злобность, грубость, импульсивность, агрессивность, придирчивость, назойливость, подозрительность. Актуализируются прошлые неудачи и обиды. Нередко совершаются неадекватные действия и поступки. Причем для данной фазы опьянения характерны так называемое «заострение» или «обнажение» индивидуальных черт (особенностей) характера. Добродушные и веселые по характеру лица становятся максимально эйфорическими, дурашливыми (пляшут, поют, смеются, паясничают, дурачатся, всем объясняются в любви); стеснительные, робкие становятся повышено общительными, веселые замыкаются, вспоминают о неудачах, невзгодах грустят, плачут. Смелые и хладнокровные иногда проявляют трусость по самому незначительному поводу.

У лиц, склонных к меланхолическому и грустному настроению, появляется слезливость, они «признают свою вину», просят у всех прощения, плачут, самобичуют; грубые по характеру люди могут быть в состоянии опьянения жестокими, агрессивными.

Прогрессивно снижается четкость восприятия окружающего, нарушается цельность мышления. Активное внимание привлекается с трудом, нередко после многократных повторений вопросов. Появляются грубые речевые нарушения в форме замедления темпа, монотонности, потери ритма, персеверации, дизартрии, нечленораздельности, скандированности, смазанности, искажения слов. Опьяневшие разговаривают сами с собой, ведут диалоги с несуществующим собеседником, выкрикивают отдельные слова, часто ругательства. Продуктивный речевой контакт с такими лицами затруднен или невозможен. Подавляется инстинкт самосохранения (снижается или утрачивается чувство осторожности, пренебрегаются опасные для здоровья и жизни ситуации).

Снижается, а затем утрачивается ориентировка всех видов. Пьяные с трудом объясняют или не в состоянии объяснить маршрут транспорта или пути, по которому только что следовали. Отмечаются и другие затруднения в активировании памяти. Нарушения сознания в таких случаях аналогичны таковым при легкой степени оглушенности. После протрезвления события периода опьянения, как правило,

вспоминаются полностью.

Атактическая фаза. Наиболее характерными для этой фазы (степени) опьянения являются выраженные (заметные для окружающих) функциональные нарушения моторики и координации движений, обусловленные токсическим воздействием этанола на нейрофизиологические механизмы ЦНС, в том числе вестибуло-мозжечковую. Утрачивается способность выполнения даже привычных бытовых навыков (застегивание пуговиц, шнурование ботинок и т.д.). Меняется почерк. Движения становятся размашистыми, множественными, лишними, неадекватными, с утратой ситуационной целесообразности, нередко достигая степени, свойственной психомоторному возбуждению. Походка шаткая, нетвердая. Человек, находящийся в средней степени опьянения, во время ходьбы спотыкается, может падать, но поднимается и продолжает идти самостоятельно. Мышечная сила понижается, болевая и температурная чувствительность снижается, в связи с чем пьяные не ощущают боли, ударов, ран, ожогов, иногда у них наблюдается диплопия, шум в ушах.

Типичен внешний вид: одежда испачкана, неопрятна, расстегнута. Лицо одутловатое, гиперемировано (но может быть и бледным). Склеры инъектированы, зрачки сужены. Может быть икота, чихание, жажда, тошнота, рвота. Ощущается резко выраженный запах алкоголя изо рта, нарушаются вегетососудистые реакции, проявляющиеся слюнотечением, усилением диуреза.

К другим физическим и неврологическим признакам относятся неустойчивость в позе Ромберга, учащение пульса (до 100—110 ударов в минуту) и дыхания. Сухожильные рефлексы слегка снижены, появляются нистагмоидные подергивания глазных яблок, после пробы вращения обследуемого в кресле (5 раз в течение 10 с) нистагм удерживается 14—17 с. Мышечная сила значительно ослаблена, болевая чувствительность притуплена. Возможна диплопия.

На следующий день после атактического опьянения наблюдается пост-интоксикационное состояние (разбитость, слабость, головная боль, жажда, тошнота, возможна рвота, отвращение к спиртным напиткам), снижение настроения, умственной и физической работоспособности, неприятные ощущения в области желудка и сердца, отвращение к пище. Наличие запаха алкоголя, изменение речи, акроцианоз, неадекватное поведение, расширение зрачков, положительная проба Ташена, резкое снижение или отсутствие ахилловых и брюшных рефлексов, изменение походки, почерка, результатов пробы Ромберга, замедленная работа с таблицами Шульте.

Тяжелая степень алкогольного опьянения

Тяжелая степень алкогольного опьянения характеризуется глубоко развитым торможением, охватывающим кору больших полушарий и стволовую часть мозга. Опьяневший находится как в тяжелом сне. В зависимости от фазы опьянения возможно помрачение или потеря сознания, вялость или отсутствие реакций на тактильные и болевые раздражения.

Адинамическая фаза. Наблюдается после употребления больших доз алкоголя и достижения его концентрации в крови в диапазоне от 2,5 до 3 ‰. В клинической картине острой алкогольной интоксикации на первый план выступают нарастающие мышечная гипотония, адинамия, расстройства (помрачения) сознания.

Двигательная активность резко снижается, походка нестабильная, шаткая, устойчивость в вертикальном положении постепенно утрачивается. Нарастает физическая слабость. Будучи повернутыми на спину, пьяные пытаются все же повернуться на бок, на живот, производя руками и ногами хаотические, беспомощные движения. Пытаясь подняться — падают. Внешний вид неопрятный, одежда грязная, на лице и теле — ссадины и крово-подтеки.

Речь грубо нарушена опьяневшие персеверируют, произносят нечленораздельные обрывки слов или фраз, что-то бормочут. Продуктивный речевой контакт и обследование таких лиц практически невозможно. Углубляется нарушение критики, ориентировки всех видов. Апатия, безразличное и безучастное отношение к окружающему, опасным ситуациям, неудобным позам, отсутствие адекватных мимических реакций. Может наблюдаться рвота, икота, понос. Кожа белая, холодная, влажная. В выдыхаемом воздухе и рвотных массах сильный запах алкоголя.

Сердечная деятельность ослабевает. Тоны сердца глухие, снижается артериальное давление. Пульс частый, слабого наполнения и напряжения. Дыхание поверхностное, учащенное, может быть хриплым из-за гиперсаливации и скопления слизи в носоглотке. Вследствие расслабления сфинктеров часто возникают непроизвольные мочеиспускания и дефекация.

Выявляются неврологические симптомы понижение или отсутствие конъюнктивальных, болевых рефлексов, зрачки расширены, реакция на свет слабая. Спонтанный горизонтальный нистагм. Сухожильные рефлекс-сы снижены.

Обследуемый внешне выглядит сонливым, может засыпать, независимо от времени суток, в любом месте и нефизиологичных для сна позах.

Во сне могут наблюдаться судороги, мочеиспускание, дефекация. Раз-будить пьяного, как правило, удастся, но он тут же снова засыпает. Вдыха-ние паров нашатырного спирта вызывает лишь кратковременную, вялую оборонительную реакцию. Глубокий, тяжелый сон является обязательным клиническим компонентом данной фазы (степени опьянения).

После пробуждения восстановление в памяти периода тяжелой степени интоксикации у разных лиц происходит неоднотипно у одних — воспоми-нания отрывочные, с провалами, вторые — ничего не помнят (полная амнезия), у третьих — события могут вспоминаться полностью.

У лиц, перенесших адинамическую фазу алкогольного опьянения, не-сколько дней наблюдаются постинтоксикационные признаки астения, ги-подинамия или адинамия, вегетативные расстройства, диссомия, дизарт-рия, анорексия, понижение настроения, раздражительность и др.

Наркотическая фаза Алкогольная кома. В ряде имеющихся в литературе классификаций острой алкогольной интоксикации в тяжелую степень алкогольного опьянения включена также алкогольная кома.

Алкогольная кома развивается в случаях достижения или превышения дозой принятого алкоголя порога наркотного действия, сходного, напри-мер, с действием эфира или хлороформа Средняя концентрация алкоголя в крови, вызывающего утрату сознания (наркотическая фаза опьянения), колеблется от 3 до 5‰, но кома может развиваться также при меньшем (2—2,5 ‰) или большем (5—6 ‰) содержании алкоголя в крови.

В зависимости от глубины и динамики токсического процесса, алкогольная кома подразделяется на три степени.

Первая степень (поверхностная кома с гиперрефлексией). Опьяневший находится в бессознательном состоянии, спонтанно на окружающее не реагирует. Однако в ответ на сильные раздражители (например, при поднесении к носу ватки, смоченной нашатырным спиртом) возникает кратковременная моторная реакция с хаотичными (защитными) жестами рук, ног, мимической мускулатуры, расширением зрачков. Сухожильные рефлексy повышены, проприорецептивные — сохранены или повышены, брюшные рефлексy и рефлексy со слизистых — снижены, глотательный рефлекс сохранен. Наблюдаются тризм жевательной мускулатуры, фибриллярные подергивания мышц в месте укола. Определяется симптом Бабинского. Тенденция к понижению температуры тела и повышению артериального давления. Дыхание поверхностное, учащенное.

Вторая степень (поверхностная кома с гипорефлексией). Бессознательное состояние, значительное угнетение рефлексов (сухожильных, корнеальных, зрачковых, глоточных и др.). Мидриаз, едва заметная реакция зрачков на свет. Ослабленное поверхностное дыхание, повторные рвоты, гиперсаливация, бронхорея. Возможна аспирация слизи, рвотных масс, бронхоларингоспазм. Тенденция к падению артериального давления. Тахикардия 90—100 ударов в минуту. Спонтанное отхождение мочи.

Глубокая кома. Сознание утрачено. «Плавающие» глазные яблоки. Арефлексия и мышечная гипотония. Возможно дыхание типа Куссмауля или Чейна—Стокса. Кожа цианотичная, холодная, влажная, тенденция к гипотермии. Нарастающая сердечно-сосудистая недостаточность, падение артериального давления, приглушенные тоны сердца, слабый, частый нитевидный пульс. Недержание мочи и кала.

Алкогольная кома опасна своими осложнениями, наиболее частыми из которых являются острая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность, токсический гепатит и острая печеночная недостаточность, «миоренальный синдром».

Гипертоксическая фаза алкогольного опьянения обусловлена приемом смертельных доз алкоголя, когда его концентрация в крови достигает 6—8 ‰.

Смерть наступает от паралича бульбарных центров или осложнений, отмеченных выше.