

## Острая интоксикация психоактивными веществами (алкогольное опьянение)

ДМИТРИЕВА Т.Б.	академик РАМН, д.м.н., профессор, директор ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Москва
ИГОНИН А.Л.	д.м.н., профессор, рук. отдела ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Москва
КЛИМЕНКО Т.В.	д.м.н., профессор, рук. отделения ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Москва
ПИЩИКОВА Л.Е.	к.м.н., ст. науч. сотр. отделения ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Москва
КУЛАГИНА Н.Е.	к.м.н., ст. науч. сотр. отделения ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Москва

*Приводится подробная клиническая расшифровка применяемой в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) кодировки различных состояний в структуре острой интоксикации психоактивными веществами (ПАВ). Дается клиническое описание различных фаз и стадий (степени) алкогольной интоксикации в рамках экспертизы состояний острой интоксикации ПАВ.*

Острая интоксикация является одним из двух видов состояний, которые относятся к непсихотическим расстройствам, вызываемым ПАВ (другим видом непсихотической патологии, возникающей при злоупотреблении ПАВ, является зависимость от них).

Но прежде, чем говорить о различных состояниях, развивающихся в структуре острой интоксикации ПАВ, следует остановиться на общих принципах диагностики вызываемых ПАВ психических расстройств в соответствии с МКБ-10. Они обозначаются тремя знаками кода. О расстройствах, кодируемых тремя первыми цифрами, уже говорилось в предыдущей журнальной публикации авторов данного сообщения (см. Наркология. — 2002. — № 5. — С. 8—16). Психические расстройства, вызываемые ПАВ, обозначаются тремя последующими знаками кода: от четвертого до шестого включительно.

Четвертый знак в МКБ-10 обозначает наиболее общие клинические характеристики психических расстройств, вызываемых злоупотреблением ПАВ:

- F1x.0 — Острая интоксикация ПАВ.
- F1x.1 — Пагубное (с вредными последствиями) употребление ПАВ.
- F1x.2 — Синдром зависимости.
- F1x.3 — Абстинентное состояние (синдром отмены).
- F1x.4 — Абстинентное состояние (синдром отмены) с делирием.
- F1x.5 — Психотическое расстройство.
- F1x.6 — Амнестический синдром.
- F1x.7 — Резидуальные и отсроченные психические расстройства.
- F1x.8 — Другие психические расстройства и расстройства поведения.
- F1x.9 — Психическое расстройство и расстройство поведения неуточненное.

По четвертому знаку первые четыре цифры обозначают непсихотические расстройства, в том числе: 0 и 1 — острую интоксикацию ПАВ и последствия данного состояния, 2 и 3 — зависимость от них. С помощью следующих

четырёх цифр кодируются психотические нарушения, в том числе: 4 и 5 — острые психозы, 6 и 7 — хронические психозы или стойкое интеллектуально-мнестическое снижение. Цифры 8 и 9 обозначают другие и неуточненные психические расстройства, вызванные употреблением ПАВ.

При кодировке следует учитывать одно правило, на котором основывается вся система МКБ-10, — альтернативный подход при выборе той или иной цифры кода. В данном случае в рамках четвертого диагностического знака мы можем использовать только одну цифру: либо “0”, либо “1”, либо “2” и т.д. А между тем у одного больного может быть одновременно несколько видов расстройств, кодируемых под одним и тем же порядковым номером. Например, употребление ПАВ с вредными последствиями и синдромом зависимости, синдром зависимости и психотическое расстройство, психотическое расстройство и амнестический синдром. В таком случае при выборе одного кода из двух и более используется только одна большая цифра, обозначающая более тяжелое расстройство. Если имеют место употребление с вредными последствиями и зависимость, то кодируется зависимость; если имеют место зависимость и алкогольный или наркоманический психоз, то кодируется психоз; если имеют место психоз и амнестический синдром, то кодируется амнестический синдром.

В таблице 1 дана характеристика состояний острой интоксикации ПАВ и ее последствий, закодированных по четвертому знаку под двумя первыми цифрами — “0” и “1”. Использование двух первых цифр означает, как уже говорилось выше, что обследуемый употребил ПАВ, но при этом отсутствуют зависимость от них, психозы и слабоумие. Эти состояния были подробно описаны многими авторами [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 и др.].

Цифра “0” по четвертому знаку означает острую интоксикацию ПАВ, которая сопровождается, по формулировке, принятой в МКБ-10, расстройствами сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций и поведения. При острой интоксикации расстройства, возникающие в ее структуре, не выходят за рамки одного опьянения и исчезают после выхода из него. Наибольшая длительность существования

## МКБ-10. Кодировка различных состояний, возникающих в структуре острой интоксикации ПАВ

Порядковые номера знаков:		
Четвертый	Пятый	Шестой
F1x.0 Острая интоксикация: расстройства сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций, поведения. Длительность — не более 48 ч.	F1x.00 Острая интоксикация неосложненная .01 С травмой .02 С другими медицинскими осложнениями. .03 С делирием .04 С нарушениями восприятия .05 С комой .06 С судорогами. .07 В форме патологического опьянения (только алкоголь)	Степень опьянения (только алкоголь): F10.0x1 Легкая, F10.0x2 Средняя, F10.0x3 Тяжелая.
F1x.1 Пагубное (с вредными последствиями) употребление. Длительность — свыше 48 ч.	—	—

этих расстройств — 48 ч. Именно через такое время концентрация в биологических средах организма большинства ПАВ после из разового приема резко падает. Данное описание острой интоксикации, вызванной ПАВ, является, однако, слишком поверхностным. Кроме того, имеются большие различия в картине опьянения, вызываемого теми или иными группами ПАВ. Поэтому в этой и последующих статьях дается более подробная характеристика состояний острой интоксикации различными ПАВ.

С помощью пятого знака кодируются различные клинические варианты острой интоксикации: “0” — это неосложненное опьянение, “1” означает комбинацию острой интоксикации с травмой или другими телесными повреждениями. В МКБ-10 есть по этому поводу одно уточнение. Данная цифра используется в том случае, если причиной обращения за медицинской помощью стало именно опьянение, а не травма или иные телесные повреждения. В последнем случае код, естественно, будет иным. Под цифрой “2” по пятому знаку понимаются другие медицинские осложнения. В качестве примеров таких осложнений приводятся рвота кровью и аспирация рвотных масс.

Две следующие цифры обозначают наличие в рамках опьянения психотических расстройств, о которых более подробно будет сообщено в одной из последующих журнальных публикаций.

Под цифрой “5” по пятому знаку понимается острая интоксикация с комой, возникающей, как правило, при передозировке алкоголя или седативно-снотворных веществ. В рамках опьянения возможен также судорожный синдром, который кодируется цифрой “6”. Он возникает обычно при употреблении спиртных напитков, в особенности алкогольных суррогатов, седативно-снотворных средств, органических растворителей и других токсических веществ.

Наконец, цифра “7” по пятому знаку означает патологическое опьянение. Следует отметить, что этот термин может быть использован только применительно к алкогольной интоксикации. МКБ-10 под патологическим опьянением предлагает понимать редко возникающее кратковременное острое психотическое состояние, развивающееся после приема малых доз алкоголя и протекающее, при отсутствии признаков обычного алкогольного опьянения, с нарушением сознания, возбуждением, агрессией и, как правило, последующей амнезией.

Раздел “Острая интоксикация” снабжен еще и рубрикой по шестому знаку. Данный знак используется, как и в предыдущем случае, только при алкогольной интоксикации. Пятый знак при этом не имеет значения. Неважно, является ли опьянение неосложненным, сопровождается травмой или какими-либо другими осложнениями. Под цифрой “1” кодируется легкая степень опьянения, под цифрой “2” — средняя и под цифрой “3” — тяжелая (более подробно об этом ниже).

Еще одна рубрика по четвертому знаку — пагубное (с вредными последствиями) употребление ПАВ. Как уже говорилось, данное понятие используется тогда, когда последствия острой интоксикации распространяются и на период после выхода из опьянения, т.е. в том случае, когда длительность существования последствий составляет свыше 48 ч. В качестве примеров таких пагубных последствий в тексте МКБ-10 приводятся: инфекционный гепатит типа В или С, вызываемый применением нестерильных шприцев, а также алкогольная депрессия. Подчеркивается, что пагубные последствия должны иметь медицинский, но не социальный характер. Более дробных рубрик по пятому и шестому знаку данный раздел не имеет.

Следует также отметить особенности опьянения (острой интоксикации) ПАВ у детей и подростков. В силу незрелости и несбалансированности психики их опьянение сопровождается особенно грубыми нарушениями поведения. Кроме того, несовершеннолетние наиболее подвержены феномену группового взаимодействия, подражательности, взаимного индуцирования. Для того чтобы получить одобрение в группе, они совершают такие поступки, в том числе противоправные, которые вне группы никогда бы не совершили.

Переходя к вопросу об экспертизе состояний острой интоксикации ПАВ, следует отметить, что чаще всего в экспертной практике приходится проводить освидетельствование лиц, употребивших алкоголь. Данное состояние можно рассматривать, исходя из биологических и клинических позиций. С биологической точки зрения оно представляет собой комплекс нарушений в органах и системах организма, обусловленных влиянием этилового алкоголя и ряда других сопутствующих веществ.

В России преобладает, как известно, употребление крепких алкогольных напитков, производимых прямым способом из этилового спирта. Характер вызываемых та-

кими напитками эффектов зависит от качества этилового спирта, которое, в свою очередь, определяется, во-первых, особенностями сырья, из которого он изготавливается, и, во-вторых, степенью очистки продукта в процессе его производства. Отечественной промышленностью производится этиловый спирт трех видов: пищевой, синтетический и гидролизный [9, 10]. В качестве пищевого сырья для производства спирта в России обычно используют зерно и картофель. Синтетический этиловый спирт получают с помощью прямой или сернокислородной гидратации этилена — одного из продуктов крекинга нефти. Гидролизный спирт является продуктом сульфитно-спиртового производства на целлюлозно-бумажных комбинатах и производится путем сбраживания сахаров, образующихся при гидролизе целлюлозы.

Из перечисленных видов этилового спирта наименее токсичным является пищевой спирт. Тем не менее, синтетический и гидролизный виды при соответствующей очистке также могут быть доведены до кондиций пищевого. Очистка обычно проводится путем многократной ректификации спирта. Но, к сожалению, население в настоящее время потребляет большое количество крепких спиртных напитков, изготовленных на основе не пищевого, а синтетического или гидролизного спирта.

Любой, даже самый качественный, алкогольный напиток содержит в незначительных количествах токсические примеси. ГОСТ предусматривает контроль за следующими содержащимися в напитках ингредиентами: альдегидами, сивушными маслами, сложными эфирами и метиловым спиртом. Альдегиды и сивушные масла придают напиткам специфический неприятный вкус. Эфиры обладают легким цветочным или фруктовым запахом. Метиловый спирт на вкус и запах напитков не выявляет.

Фальсифицированные спиртные напитки с высоким, выходящим за рамки ГОСТа содержанием вредных примесей называются алкогольными суррогатами (от лат. *surrogatus* — вещество, замещающее основной продукт). К алкогольным относятся лишь такие суррогаты, в которых главным компонентом является этанол. Другие вещества, используемые с целью одурманивания, например органические растворители, к суррогатам алкоголя не относятся. В прошлые годы, когда государственная продажа алкоголя ограничивалась, в качестве суррогатов алкоголя выступали вещества, заведомо не предназначенные для приема внутрь. В ход шли денатурат\*, одеколон, лосьоны, дезодоранты, стеклоочиститель, тормозная жидкость и т.п.

По данным ряда авторов [10, 11, 12], использование суррогатов сопровождается необычными, как правило, более тяжелыми, чем при употреблении качественного алкоголя, расстройствами в соматической и психической сферах. Резко возрастает вероятность возникновения измененных и психотических форм опьянения, которые будут описаны ниже.

Поступающий в организм этанол либо подвергается так называемому эндогенному окислению (90%), либо в неизменном виде выводится с мочой, выдыхаемым воздухом, слюной, потом (10%). В свою очередь, эндогенное окисление в организме человека идет по двум путям: с помощью печеночной алкогольдегидрогеназы (около 90%

количества расщепляемого этанола) и с участием содержащейся в тканях организма каталазы (10% этанола)\*\*.

Если при первом варианте метаболизма этанола образуются безвредные для организма вещества, такие, как углекислый газ и вода, то второй вариант приводит к появлению в тканях ацетальдегида и ряда других токсичных промежуточных продуктов окисления этанола. Длительное злоупотребление алкоголем и рост толерантности к нему ведут к мобилизации ресурсов именно каталазной системы, в то время как возможности метаболизма этанола с помощью алкогольдегидрогеназы остаются теми же или снижаются. Поэтому у лиц, злоупотребляющих алкоголем, соотношение между алкогольдегидрогеназным и каталазным видами окисления меняется с 90/10% на 50/50% [11]. Наличие в организме повышенного содержания токсических промежуточных продуктов трансформирует характер опьянения в сторону учащения измененных и даже психотических картин.

С биологической точки зрения, алкогольное опьянение распадается на две фазы: 1) резорбцию — всасывание этанола и рост его концентрации в тканях; 2) элиминацию — окисление этанола, выведение из организма продуктов его метаболизма [13]. После приема алкоголя около 20% его количества всасывается в желудке, остальные 80% — в тонком кишечнике. Обладая высокой гидрофильностью, алкоголь быстро распределяется по всем тканям и органам пропорционально содержанию в них воды. Концентрация алкоголя в крови достигает максимума при приеме на пустой желудок через 30—80 мин, на полный — через 90—180 мин. Кроме количества принятой с алкоголем пищи на скорость его резорбции влияет характер алкогольного напитка, индивидуальные особенности моторики желудочно-кишечного тракта, общая физическая активность в этот период и другие факторы.

Период элиминации является более продолжительным по времени, чем период резорбции. В час окисляется около 7—10 г алкоголя. Следы принятых 100 г водки (40 г абсолютного алкоголя) могут обнаруживаться в биологических средах организма в течение 4—5 ч, а следы максимального количества алкоголя — на протяжении суток.

Экспертиза алкогольного опьянения по-прежнему регламентируется Приказом МЗ СССР № 694 от 08.09.88 г. “О мерах по дальнейшему совершенствованию медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения” и прилагаемыми к данному приказу инструкциями. Проводится такая экспертиза наркологическими диспансериями либо другими учреждениями, если данные функции возложены на них местными органами здравоохранения.

В соответствии с указанным приказом при проведении экспертизы опьянения должны в обязательном порядке использоваться как биологические (не менее двух), так и клинические методики. Задачей первых является количественное определение алкоголя в биологических средах организма. Существуют биологические методики, рассчитанные на определение содержания алкоголя в двух видах биологических сред: в выдыхаемом воздухе и в жидких средах.

К методикам первого вида относятся следующие: 1) проба Раппопорта, 2) использование индикаторных трубок Мохова-Шинкаренко и “контроля трезвости”,

\* Денатурат — неочищенный синтетический или гидролизный спирт, в который с целью исключения его возможного употребления добавлены вещества, придающие раствору специфические цвет, запах и вкус.

\*\* Некоторые специалисты считают, что в рамках второго варианта возможен метаболизм алкоголя с помощью микросомальной этанолаксилирующей системы.

3) термодаталитаторный способ с применением отечественного прибора ППС-1, 4) метод полупроводниковой гемосорбции, проводимый с помощью отечественных приборов АГ-1200 и “Алко-тестер”.

Из методик второго вида в нашей стране в настоящее время на практике применяется только газовая хроматография. С ее помощью исследуются такие биологические жидкости, как кровь, слюна и моча. При элиминации алкоголя пик его концентрации приходится вначале на кровь и только потом на мочу. Поэтому в первой фазе опьянения более информативным является изучение крови, во второй — мочи. Слюна занимает в этом отношении промежуточное положение.

Независимо от вида используемой при производстве анализа биологической среды получаемые результаты принято регистрировать в виде содержания алкоголя в крови.

Как уже отмечалось, для констатации у подэкспертного алкогольного опьянения лабораторные анализы являются недостаточными. Должны быть приведены также данные о клинических признаках опьянения. При этом анализу подвергаются изменения в психической, неврологической и соматической сферах.

Переходя к описанию признаков опьянения в психической сфере (речь идет о так называемом простом опьянении; об атипичных его формах см. в одной из будущих журнальных публикаций), следует отметить, что для непосредственных экспертных нужд используется лишь небольшой перечень психических и соматических нарушений, рассматриваемых как признаки алкогольного опьянения. Но для углубленного понимания проблем, связанных с диагностикой алкогольного опьянения, необходимо учитывать все возможные стороны влияния алкоголя на состояние человека.

Психические расстройства в структуре острой алкогольной интоксикации являются наиболее ранними и характерными. Среди нейрофизиологических и нейропсихологических изменений высшей нервной деятельности, лежащих в основе этих проявлений, особую роль играют изменения в межклеточных мембранах мозга, нарушения синтеза нейробелков, сдвиги в обмене нейромедиаторов и нейrogормонов. Вследствие этих изменений нарушается передача в ЦНС нервных импульсов. Наиболее чувствительными к воздействию этанола являются большие полушария (особенно правое), ретикулярные формации среднего мозга, гиппокамп, мозжечок и ряд других отделов мозга [14, 15].

Из трех звеньев высшей нервной деятельности (восприятия получаемой извне информации, ее переработки и совершения на основании этой информации того или иного действия) самые ранние изменения при интоксикации этанолом происходят в среднем звене. Если концентрация алкоголя в крови невелика (до 1,0–1,5), индивидуум еще четко воспринимает информацию и может выполнять сложные моторные акты, но уже утрачивает способность адекватно оценивать складывающуюся ситуацию, прогнозировать ход дальнейшего развития событий и оперативно менять принятые решения. Эти отклонения не мешают выполнению обычных повседневных обязанностей, но затрудняют выполнение особо сложных и нестандартных действий, например увеличивают риск совершения аварии при управлении транспортом [13].

В последующих фазах опьянения, наступающих при концентрации алкоголя в крови свыше 1,0–1,5, рефлек-

торный акт нарушается в рецепторном и эффекторном звеньях. Замедляется реакция на зрительные, слуховые и осязательные стимулы. Адаптация органов чувств к быстро меняющимся условиям становится недостаточной. Например, зрительный анализатор с опозданием реагирует на перемены в освещенности. Замедляется передача нервного импульса из центральных отделов нервной системы к периферическим. Нарушается координация точных движений.

Наличие органических психических расстройств, особенно при поражении указанных отделов мозга, может резко менять картину алкогольного опьянения, делая ее атипичной. Так, в случаях, когда подобные расстройства сопровождаются пароксизмальной биоэлектрической активностью мозга, возможно появление в структуре опьянения резких аффективных и психомоторных разрядов.

Можно выделить пять основных факторов, от которых зависит картина алкогольного опьянения [2, 4, 16]. Три из них являются “неалкогольными”, два — непосредственно связанными с воздействием этанола на организм. К трем первым относятся:

- личностные особенности пьющего;
  - его психическое состояние на момент употребления алкоголя;
  - характер социальных воздействий на индивидуум во время выпивки.
- Двумя оставшимися, “алкогольными”, факторами являются:
- алкогольный анамнез;
  - степень (стадия) опьянения, определяемая, в свою очередь, уровнем концентрации этанола в крови.

Оценивая влияние на картину острой алкогольной интоксикации личностных особенностей индивидуума, следует отметить, что при ее развитии возможны гомономные и гетерономные виды нарушений. В первом случае картина опьянения определяется основными, базисными личностными особенностями индивидуума. Так, у умеренно возбудимого человека могут возникать brutальные вспышки гнева. При склонности к пониженному настроению алкогольное опьянение нередко сопровождается острыми депрессивными эпизодами, а при гипертимных чертах характера, наоборот, состояниями, приближающимися к маниакальным. Прием больших доз алкоголя способен спровоцировать проявления скрытых до этого истерических особенностей. Опьянение при этом может сопровождаться рыданиями, самоповреждениями и двигательными нарушениями демонстративного характера, а также другими грубыми формами истерического поведения.

При гетерономной картине характер опьянения может быть противоположным тому, который можно было бы ожидать, учитывая базисные характерологические особенности данного индивидуума. Лица возбудимого круга в состоянии опьянения могут быть, например, непривычно миролюбивыми и благодушными. Иногда на первый план выступают черты характера, дополняющие основной тип. Так, в состоянии алкогольной интоксикации грубую агрессивность могут проявлять объекты астенического типа, у которых на втором плане в структуре личности имеется компонент раздражительности. Обычно робкие и внешне покладистые, под воздействием алкоголя они могут выплеснуть на окружающих все накопленные обиды и огорчения.

Характер психопатологических проявлений при опьянении зависит от того душевного состояния, которое

установилось у индивидуума к моменту употребления алкоголя. На это состояние могут, в свою очередь, оказать влияние психогении, переутомление, нарушения сна, соматические заболевания и ряд других факторов. Психопатологическая картина алкогольной интоксикации в таких случаях нередко принимает характер гетерономной, не вытекающей из структуры личности опьяневшего.

Поведение индивидуума в момент употребления алкоголя во многом определяется также характером воздействия на него социального окружения. Совместно пьющие люди оказывают друг на друга, как известно, сильное индуцирующее влияние. В соответствии с неписаными правилами участники выпивки должны демонстрировать благодушие, раскрепощенность, откровенность и одобрение действий членов группы. По контрасту с этими обычаями привходящие социальные влияния с отрицательным эмоциональным знаком вызывают у пьющих особенно бурную негативную реакцию. Такие вторжения в комфортную атмосферу выпивки могут быть со стороны кого угодно: родственников, администраторов на производстве, работников правоохранительных органов, случайных людей. Очень характерным является неадекватно бурный эмоциональный ответ опьяневших на замечания и увещевания родственников после их возвращения домой. Понятие о картине простого алкогольного опьянения предполагает, однако, что реакция опьяневших на такого рода социальные вторжения не должна все-таки выходить за условно принятые в данной социальной среде рамки (о критериях разграничения простого и измененного опьянения — в одном из следующих номеров журнала).

Изучение алкогольного анамнеза также имеет большое значение с точки зрения экспертной оценки острой алкогольной интоксикации. Рост толерантности к алкоголю, происходящий еще до возможного формирования зависимости от него, сопровождается изменением эмоционального фона в состоянии опьянения. Уменьшается, в частности, эйфоризирующий эффект этанола. При развитии зависимости от алкоголя отмечается уже стойкая тенденция смены эмоционального знака с плюса на минус. В структуре опьянения начинают доминировать возбужденность, дисфорические состояния, истерическое поведение.

Оценивая значение степеней (стадий) опьянения, следует отметить, что действие алкоголя, как и многих других нейротропных агентов, на центральную нервную систему является двухфазным: вначале стимулирующим, возбуждающим, затем угнетающим, тормозящим [13, 14]. Стимулирующий эффект начинает проявляться при концентрации этанола в крови до 1,0—1,5, тормозящий — свыше этих значений. Стимулирующий и угнетающий эффекты алкоголя были подтверждены нейрофизиологическим методом. Спонтанная и вызванная электрическая активность коры головного мозга и подкорковых структур вначале повышается, затем ослабевает. Частота дыхательных движений и сердечных сокращений в первой фазе опьянения возрастает, потом снижается.

Аналогичные закономерности наблюдаются и в динамике изменений психической сферы. Психомоторная активность в первой фазе алкогольной интоксикации возрастает, во второй — ослабевает. Настроение вначале повышается, затем снижается.

Для врачей психиатров и наркологов особенно важно знать клинические критерии диагностики острой интоксикации алкоголем (простого алкогольного опьянения). Принятое в отечественной литературе описание картины

простого алкогольного опьянения опирается на выделение трех степеней (стадий) интоксикации: легкой, средней и тяжелой. В соответствии с приложениями к ныне действующему Приказу МЗ СССР № 694 от 08.09.88 г. легкой степени соответствует концентрация алкоголя в крови 1—2, средней — 2—3, тяжелой — свыше 3.

Алкоголь оказывает заметное воздействие на большинство психических функций. Это относится к ориентировке и вниманию, аффективной сфере, восприятию, самосознанию, мышлению и речи, сфере побуждений и влечений, памяти. Отмечается также комплекс вегетативно-соматических и неврологических расстройств. Большое значение имеет оценка постинтоксикационных состояний, которыми алкогольная интоксикация заканчивается.

### Легкая степень (стадия) алкогольного опьянения

В легкой стадии интоксикации психическое состояние опьяневших нарушается незначительно. Функция ориентировки и внимания, очень важная для диагностики более тяжелых состояний, в начале алкогольной интоксикации вообще почти не затрагивается. Сохраняется полная ориентация в окружающем и, тем более, в собственной личности. С опьяневшим без труда устанавливается контакт. Отмечается лишь неустойчивость внимания, неспособность концентрировать его длительное время на одном предмете, отвлекаемость. Аффективная сфера оказывается одной из наиболее чувствительных к воздействию этанола и реагирует даже на небольшую его концентрацию в крови. У некоторых лиц возникает эйфория — повышение настроения с пассивным поведением, беспечностью и благодушием ко всему происходящему. В других случаях подъем настроения сопровождается повышенной интеллектуальной и двигательной активностью. Оттенки настроения со знаком минус для данной фазы простого опьянения не характерны, хотя могут отмечаться неглубокие его колебания. По мелким поводам возникает чувство досады, обиды, нетерпения, которое, однако, через непродолжительное время вновь сменяется повышенным настроением.

Процесс восприятия отражает основной аффективный фон и характерен тем, что окружающий мир воспринимается ярким, красочным, уютным. Какие-либо глубокие нарушения отсутствуют. Сходные тенденции обнаруживаются при изучении самосознания опьяневшего. В состоянии алкогольной интоксикации, как правило, наступает ощущение гармонии между собственной личностью и окружающим миром. Опьяневший переоценивает свою значимость и положительное отношение к себе других. Снижается способность к критической оценке своих поступков.

Темп мышления и речи может оставаться обычным, а может, как было сказано выше, ускоряться. Отмечается облегченное возникновение ассоциаций, которые становятся более поверхностными. Страдает последовательность и связность изложения своих мыслей. Характерны словоохотливость, чрезмерная экспрессивность речи. Нарушения артикуляции отсутствуют.

Сфера побуждений и влечений в состоянии легкого опьянения либо не подвергается заметным изменениям, либо активизируется. В последнем случае наблюдаются повышенная инициативность, предприимчивость. Все это сопровождается более порывистыми, недостаточно экономными движениями. При внешне демонстрируемой активности продуктивность и качество работы снижаются. Возрастает число допущенных ошибок.

Опьяневший становится более импульсивным, т.е. склонным к совершению неожиданных поступков. Он стремится к быстрой реализации возникающих по ходу дела идей и желаний. При этом мнение окружающих учитывается недостаточно. Отмечается нерезко выраженная сексуальная, пищевая и другая расторможенность. Тем не менее, в этой фазе опьянения еще сохраняется контроль за своим поведением и мысль о возможных социальных санкциях удерживает опьяневшего от совершения тех или иных неблагоприятных поступков.

Вегетативно-соматические проявления в легкой степени опьянения скудны и ограничиваются легкой гиперемией кожи, незначительным учащением сердечных сокращений. Неврологические расстройства также выражены незначительно. Отмечаются лишь затруднения при выполнении подэкспертных заданий, требующих хорошей координации движений (например, поднять с пола монету или застегнуть пуговицу). Могут нечетко выполняться некоторые чувствительные координационные пробы. Так, подэкспертный может пошатываться в “сенсбилизированной” позе Ромберга (расположение стоп одна за другой).

Постинтоксикационные расстройства при легкой степени опьянения либо отсутствуют, либо выражены слабо. В последнем случае, характерном для лиц, редко употребляющих спиртное, возникают разбитость, вялость, чувство усталости, сниженное или апатичное настроение. События всего периода опьянения полностью сохраняются в памяти. После интоксикации может возникнуть сонливость, но перехода состояния опьянения в сон, как это бывает при более тяжелых степенях опьянения, не происходит.

#### **Средняя степень (стадия) алкогольного опьянения**

На данном этапе развития интоксикации уже происходят выраженные изменения психической деятельности опьяневшего — частично нарушается его ориентация в окружающей обстановке и времени. Он еще осознает место своего пребывания и, тем более, правильно отвечает на вопросы, касающиеся собственной личности, но уже не улавливает деталей и нюансов складывающейся ситуации, не оценивает изменений в составе окружающих его лиц, не воспринимает событий, происходящих на периферии его поля зрения.

Внимание подэкспертного либо постоянно поглощено какой-либо одной темой, либо, наоборот, он слишком часто отвлекается и переключается с одного предмета на другой. В любом случае вступить в конструктивный контакт с опьяневшим удается с определенным трудом, лишь после активного напоминания о себе.

В отличие от легкой степени опьянения аффективный фон обычно нестабилен. Подъемы настроения перемежаются его спадами, причем амплитуда колебаний может быть очень большой. Наблюдаются эпизоды резкого подъема настроения с утрированными проявлениями веселья и беззаботности, назойливыми объяснениями в любви окружающим, грубой переоценкой собственной личности и своих возможностей. Но знак аффекта очень быстро меняется на противоположный, и тогда возникают эпизоды тоскливости и угнетенности с острым переживанием перенесенных когда-то огорчений и неприятностей. Нередко поведение опьяневшего несет на себе оттенок демонстративности и сопровождается слезливыми сетованиями по поводу несправедливого отношения к себе окружающих. Но в случае как подъема настроения, так и его спада в рамках простого опьянения не на-

блюдается особых нелепостей в поведении, характерных для измененных форм проявления данного состояния. Способность контролировать свое поведение всегда в той или иной форме сохраняется. Другим возможным вариантом расстройств настроения являются дисфорические состояния: понижение настроения с угрюмостью, раздражительностью и ворчливостью. В этих случаях особые крайности, такие, как брутальная злоба и агрессия, не характерны и свидетельствуют об измененном варианте алкогольной интоксикации.

Восприятие окружающего мира определяется характером аффективного состояния. При преобладании повышенного настроения внешняя среда воспринимается в радужных тонах, при преобладании угнетенного — в серых, бесцветных. При средней степени опьянения уже могут наблюдаться более выраженные расстройства восприятия. При резком повышении концентрации алкоголя в крови у мало пьющих людей могут отмечаться элементарные психосенсорные нарушения или расстройства схемы тела (возникновение кратковременных ощущений измененной величины и формы окружающих предметов либо собственного тела). Возможны также слуховые и зрительные иллюзорные расстройства. В речи окружающих могут “слышаться” отдельные слова (обычно неприятного содержания), обращенные в свой адрес. Точно так же какие-либо незнакомые лица, находящиеся на периферии зрительного восприятия опьяневшего, могут ошибочно приниматься им за приятелей или обидчиков. Однако эти расстройства являются рудиментарными и легко обратимыми. Более грубые нарушения восприятия характерны уже для измененных вариантов опьянения.

Самосознание на данном этапе развития алкогольной интоксикации нарушается довольно грубо. Утрированная переоценка собственной значимости может сменяться самоуничижением, самобичеванием. Отношение к себе окружающих воспринимается опьяневшим искаженно, что ведет к недопониманию своей роли в той социальной среде, где он находится в данный момент. Этим определяется совершение неадекватных поступков, но, как уже отмечалось выше, частичный контроль над своим поведением сохраняется.

В средней степени опьянения мышление и речь опьяневшего заметно дезорганизованы. Нарушается способность к образованию ассоциативных связей. Интеллектуальная деятельность становится малопродуктивной. Сознание заполняется случайными поверхностными мыслями и воспоминаниями. Утрачивается способность к пониманию тонкого смысла складывающихся ситуаций.

Иногда психическая деятельность обедняется. Замедляется темп мышления и речи, ассоциации становятся скудными и однообразными. Мысли и фразы формулируются с большим трудом. Речь состоит из отдельных коротких предложений, разделенных большими паузами. Возможны обстоятельность и тугоподвижность мышления. В этом случае отмечаются ненужная детализация, неспособность выделить главное от второстепенного и трудности при переключении с одной темы на другую. Возникает дизартрия. Опьяневший говорит громко, сбивчиво, порой несвязно.

Для средней степени опьянения характерно возникновение кататимно окрашенных (сверхценных) психопатологических образований. К ним относятся суждения опьяневшего, имеющие реальные обоснования, но занимающие в его сознании слишком большое место и сопровождающиеся излишними эмоциональными проявлениями.

Тематика таких суждений может быть самой разнообразной и связанной с расхождениями во взглядах с партнерами по выпивке, нанесенными кем-либо реальными или мнимыми обидами, неприятными воспоминаниями о служебных и семейных проблемах и т.п. После выхода из состояния опьянения подэкспертные нередко сожалеют о многих допущенных накануне чрезмерно эмоциональных высказываниях и выпадах в адрес окружающих.

Столь же грубые расстройства обнаруживаются на данном этапе развития алкогольной интоксикации в сфере побуждений и влечений. Нарушаются не только речь, о чем говорилось выше, но и все виды моторики: мимические движения, жестикуляция, походка. Движения становятся размашистыми, порывистыми, неуклюжими. Усиливается импульсивность. Делаются попытки немедленно реализовать неожиданно возникающие желания и побуждения. Со стороны такие поступки кажутся плохо мотивированными, внезапными и хаотичными. При совершении импульсивных действий этические соображения, которые имели значение для опьяневших в легкой стадии опьянения, уже не действуют. Поэтому могут совершаться аморальные и даже противоправные поступки. Тем не менее чрезмерная брутальность и агрессивность для простого опьянения не характерны.

Повышенная хаотическая активность в средней степени опьянения перемежается эпизодами пониженной активности, вялости, сонливости. По мере перехода средней стадии интоксикации в тяжелую такие состояния становятся преобладающими.

Расстройства влечений (сексуального, пищевого и др.) в начале средней стадии опьянения могут усиливаться. При этом реализация сексуального влечения затруднена. Более тяжелые и редкие формы расстройств влечений (парафилии, дромомания, пиромания, клептомания и пр.) не типичны для простого алкогольного опьянения.

Вегетативно-соматические расстройства в средней стадии алкогольной интоксикации проявляются уже отчетливо. При переходе от легкой стадии к средней может нарастать гиперемия кожных покровов, но иногда она сменяется бледностью, гипергидрозом. Пульс и дыхание обычно учащены. Возможны повышенное слюноотделение, икота и рвота. Последняя особенно характерна для лиц, редко употребляющих алкоголь. Учащаются позывы на мочеиспускание и, иногда, дефекацию.

Столь же отчетливо выражены на данном этапе алкогольной интоксикации неврологические нарушения. Как уже отмечалось выше, у подэкспертных наблюдаются дизартрия и расстройства координации движений, укладывающиеся в картину умеренно выраженной атаксии. Она легко обнаруживается, если придать подэкспертному позу Ромберга или попросить его выполнить пальценосовую пробу. Обнаруживаются большие затруднения при попытках застегнуть пуговицу или поднять с пола мелкий предмет. Походка шаткая, причем нарушения координации особенно заметны при резких поворотах.

Зрачки чаще сужены, реже расширены. Реакция на свет обычно хорошо сохранена. Возможна недостаточная конвергенция. Слегка ослаблены реакции подэкспертного на боль или вдыхание нашатырного спирта. Иногда отмечается тремор пальцев рук, век, языка. Мышечный тонус чаще слегка повышен. Может быть небольшое снижение сухожильных рефлексов ног.

На финальном этапе течения опьянения средней степени часто наступает терминальный сон, хотя в отдельных случаях (особенно у привычных к алкоголю лиц) выход из состояния опьянения может совершаться и в бодрствующем состоянии. Если события, происходящие при

легком опьянении, полностью восстанавливаются в памяти, то при опьянении средней степени часть эпизодов может быть амнезирована. В памяти сохраняется информация об общем ходе событий, но какие-то второстепенные эпизоды, отдельные фразы партнеров по выпивке, сведения о присутствии малознакомых людей на периферии поля зрения опьяневшего выпадают из памяти. Следует отметить, что лица, редко употребляющие алкоголь, обычно амнезируют весь финал средней и, тем более, тяжелой стадии опьянения. Так называемые палимпсесты — фрагментарные выпадения из памяти тех эпизодов выпивки, при которых моторика и речь опьяневших относительно сохранены, — более характерны для лиц, употребляющих спиртные напитки часто и в значительных дозах.

Постинтоксикационное состояние (речь в данном случае не идет об абстинентном синдроме при алкоголизме) проявляется в слабости, вялости, разбитости, потливости, бледности, тахикардии, повышении артериального давления, сухости во рту. Часты анорексия, тошнота и рвота. Настроение снижено, что может быть связано с неприятными воспоминаниями о своем поведении во время алкогольного эксцесса. Возможно чувство апатии. Могут быть резко выраженные нарушения сна.

### Тяжелая степень (стадия) алкогольного опьянения

В этой стадии психика опьяневшего глубоко дезорганизована и фрагментарна. Нарушены все виды ориентировки: в месте пребывания, времени, а порой и в собственной личности. Внимание подэкспертного привлекается с большим трудом. Смысл обращенных к нему вопросов почти не воспринимается. Реакция на попытку вступить с тяжело опьяневшим в беседу обычно неадекватна, хотя он может выполнять отдельные простые инструкции. Из-за отсутствия полноценного контакта с подэкспертным судить о переживаемых им эмоциональных проявлениях обычно трудно, но мимические движения, жесты и отдельные фразы негативного содержания часто свидетельствуют о снижении эмоционального фона.

Иногда возможно резкое повышение порога восприятия для всех внешних раздражителей и тогда тяжелое опьянение принимает характер оглушения [13]. В этом случае отмечаются крайнее обеднение психики, двигательная пассивность, доходящая до обездвиживания, и эмоциональная индифферентность. Но иногда в этой стадии интоксикации опьяневший демонстрирует повышенную хаотическую двигательную и речевую активность.

По отдельным фразам и движениям можно судить о возникающих в этой стадии у опьяневших рудиментарных обманах восприятия, в частности иллюзорных расстройствах. Однако галлюцинации не характерны для данного состояния. Они возможны лишь при патологической картине опьянения.

При оглушении мышление обеднено, опустошено. Ассоциации крайне скудны, их образование замедлено. Такому характеру мышления соответствует либо отсутствие спонтанной речи, либо произнесение отдельных малоосмысленных фраз. Возможны персеверации, при которых речевая продукция однообразна, однотипна.

В других случаях интеллектуальная деятельность носит черты инкогерентности. Мысли и представления фрагментарны, случайны. Процесс образования ассоциаций грубо нарушен. Речь бессвязна, не отражает сути происходящих в этот момент событий. Часто речевая продукция носит характер бормотания, выкриков отдельных слов.

Двигательная активность опьяневших настолько дезорганизована, что они не способны совершать сколь угодно сложные и целенаправленные действия. Относи-

тельная сохранность моторики (при глубоких нарушениях психической деятельности) — явный признак измененных форм острой интоксикации. При простом же варианте, в отличие от измененных его форм, тяжело опьяневший способен лишь лежать или сидеть, а активность ограничивается попытками выполнить какие-либо простые автоматизированные действия: пройти, держась за стену, несколько метров, оттолкнуть помогающего ему человека, вытащить из своего кармана какой-либо предмет, снять с себя верхнюю одежду и т.п.

В тяжелой степени опьянения вегетативно-соматические расстройства проявляются в первую очередь в виде бледных, влажных, цианотичных и холодных кожных покровов. Пульс слабого наполнения, отмечается тахикардия. Артериальное давление снижено. Дыхание учащенное и поверхностное. Повышено слюноотделение, наблюдаются тошнота и рвота с опасностью аспирации рвотных масс. Характерно непроизвольное мочеиспускание, реже — дефекация.

При неврологическом осмотре отмечаются амимия, мышечная атония. Реакция зрачков на свет сохранена. Характерна слабость конвергенции, реже обнаруживается нистагм. Ослаблены сухожильные рефлексы, особенно дистальных отделов конечностей.

Дальнейшая динамика состояния опьяневшего может быть благоприятной или неблагоприятной. При благоприятном течении тяжелая стадия алкогольной интоксикации переходит в физиологический сон, длительность которого, как правило, велика и составляет 8—16 ч. Амнезия на события, происходящие при тяжелой степени опьянения, обычно полная. Постинтоксикационные состояния протекают тяжело, сопровождаются резко выраженной вялостью, разбитостью, отсутствием аппетита, тошнотой, рвотой. Отмечаются сильная головная боль, непереносимость яркого света и громкого шума. Возможен тремор. В отличие от тремора при абстинентном синдроме, при постинтоксикационном состоянии он крупноразмашистый и быстропроходящий. Могут быть выявлены повышенные сухожильные рефлексы, а также другая неврологическая микросимптоматика.

При неблагоприятном развитии событий возникает спор. Угнетение психических и соматических функций нарастает. Больные погружаются в состояние, пробуждение при котором невозможно. Двигательная и речевая активность, как вызванная, так и спонтанная, отсутствует. Сохраняются, однако, слабые рефлекторные реакции: реакция на болевые раздражители и запах нашатырного спирта, реакция зрачков на свет. Данные рефлекторные реакции исчезают при дальнейшем ухудшении состояния и переходе спора в кому. Резко снижаются сухожильные рефлексы, появляются патологические знаки. Возможны судорожные проявления. Дыхание урежается и может перейти в чейн-стоксовое. Падает артериальное давление. Коматозное состояние требует неотложных реанимаци-

онных мероприятий. Если их не предпринять, возможен летальный исход.

### Список литературы

1. Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем: Изд.2-е, доп. — М.: Медицина, 1973. — 384 с.
2. Качаев А.К. Клиника, дифференциальная диагностика и судебно-психиатрическая оценка простого алкогольного опьянения у лиц, перенесших черепно-мозговые травмы: Методические рекомендации. — М., 1979. — 19 с.
3. Морозов Г.В. Клиника алкогольного опьянения // Алкоголизм: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1983. — С.30—47.
4. Добрагаева М.С. Кратковременные расстройства психической деятельности (исключительные состояния) в судебно-психиатрической практике: Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н. — М., 1989. — 44 с.
5. Чуркин Е.А. Психические нарушения при острых интоксикациях: Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н. — М., 1989. — 46 с.
6. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Кривенков А.Н., Кулагина Н.Е. Наркотическое и алкогольное опьянение (лечебно-диагностический и судебно-психиатрический аспекты): Пособие для врачей. — М., 1998. — 176 с.
7. Альтшулер В.Б. Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение) // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. — Т.1. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 198—202.
8. Зеренин А.Г., Стрелец Н.В. Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. — Т.2. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 415—439.
9. Нужный В.П. Токсикологическая характеристика этилового спирта, алкогольных напитков и содержащихся в них примесей // Вопросы наркологии. — 1995. — № 3. — С. 65—74.
10. Нужный В.П. Механизмы и клинические проявления токсического действия алкоголя // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. — Т.1. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 74—93.
11. Ширинский П.П., Томилин В.В. Фармакокинетика алкоголя // Алкоголизм: Руководство для врачей / Под ред. Г.В.Морозова и др. — М., 1983. — С.21—30.
12. Болотова Е.В. Психические нарушения при остром отравлении суррогатами алкоголя // Вопросы контроля наркотических средств и проблемы наркологии. — М., 1990. — С.99—100.
13. Морозов Г.В., Бабаян Э.А., Бобров А.Е., Зеренин А.Г. Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения: Методические указания. — М., 1988.
14. Костандов Э.А., Арзуманов Ю.Л., Рещикова Т.Н., Шостакович Г.С. Изменение функций коры больших полушарий под влиянием алкоголя // Биологические основы алкоголизма / Под ред. Г.В.Морозова. — М., 1984. — С. 111—123.
15. Попова Э.Н., Полянский В.Б., Никольская Т.К. и др. Нейрофизиология действия алкоголя на ЦНС // Мозг и алкоголь / Под ред. Л.Г.Воронина. — М., 1984. — С. 61—95.
16. Печерникова Т.П., Шостакова Г.И. О профилактике повторных социально опасных действий больных, перенесших острые алкогольные психозы // Практика судебно-психиатрической экспертизы. — 1975. — № 24. — С. 14—21.

### ACUTE INTOXICATION BY PSYCHOACTIVE SUBSTANCES (ALCOHOL INTOXICATION)

*Dmitrieva T.B., Igonin A.l., Klimenko T.V., Pischikova L.E., Kulagina N.E.*

*In this article the clinical signs of different phases of acute alcohol intoxication are described pursuant to coding MCB-10*