

АЛКОГОЛЬНА ІНТОКСИКАЦІЯ

Скоропліт С.М., Загуровський В.М., Курсов С.В.,

Михневич К.Г., Огієнко Л.Ф.

Вступ

Алкогольне сп'яніння — зворотній стан, що виникає внаслідок вживання алкоголю, який викликає порушення та/або зміни фізіологічних, психологічних та поведінкових функцій і реакцій.

Вживання алкоголю спричиняє 3 мільйони смертей щороку у всьому світі, а також призводить до інвалідності та погіршення здоров'я мільйонів людей. Загалом надмірне вживання алкоголю є причиною 5,1% глобального тягара захворювань [2].

Вживання алкоголю є причиною більш ніж 200 захворювань, травм та інших станів здоров'я. Вживання алкоголю пов'язане з ризиком розвитку таких проблем зі здоров'ям, як психічні та поведінкові розлади, включно з алкогольною залежністю, а також серйозних неінфекційних захворювань, таких як цироз печінки, деякі види раку та серцево-судинні захворювання [2].

При значному збільшенні концентрації етилового спирту (алкоголю, етанолу, алкогольних напоїв, спиртних напоїв) в організмі відбувається зневоднення і згортання протоплазми клітин внаслідок гіперосмолярності позаклітинного сектору. В залежності від концентрації, тривалості впливу та місця всмоктування, етиловий спирт викликає терпкість, подразнення або припікання слизової оболонки порожнини рота, посилює секрецію шлункового соку, знижує кількість пепсину в ньому, впливає на серцевий ритм, тонус судин, темп діурезу, функцію печінки. Найбільш чутливою до дії алкоголю є ЦНС – під його впливом у ній послаблюються гальмівні процеси, внаслідок чого полегшуються процеси збудження.

З токсикологічної точки зору важливою характеристикою дії алкоголю є те, що він досить швидко потрапляє до кровоносного русла (фаза резорбції). Повна абсорбція з шлунково-кишкового тракту відбувається протягом 30-120 хвилин після прийому (залежить від концентрації алкоголю, вмісту шлунку,

перистальтики, кровообігу в ньому). Абсорбція відбувається шляхом простої дифузії. Одноразовий прийом 15 г чистого етилового спирту людиною масою 70 кг призводить до появи у крові етанолу в концентрації 0,3 г/л. Етиловий спирт легко долає гістогематичний бар'єр, у тому числі гематоенцефалічний та плацентарний. Приблизно через 2 години починається його виведення з організму (фаза елімінації). Виведення з організму людини починається, коли всмоктується 90% вжитого спирту. Метаболізм етанолу, в середньому, становить 90-120 мг/кг/год., а у осіб, схильних до алкоголізму, близько 175 мг/кг/год. Приблизно 90% алкоголю окислюється (переважно в печінці), решта (близько 10%) впродовж 7-12 годин, виводиться у незмінному вигляді нирками (з сечею) та легеньми (з повітрям, що видихається) та незначна кількість через потові залози (через шкіру) [6-8].

Етанол (приблизно 90%), який потрапляє до організму, окислюється в печінці за участю ферментів алкогольдегідрогенази, та ацетальдегідрогенази за такою схемою летального синтезу (метаболічний процес, в результаті якого нетоксична або малотоксична речовина перетворюється у більш токсичну): C_2H_5OH (етанол) \rightarrow CH_3CHO (ацетальдегід) \rightarrow CH_3COOH (оцтова кислота) \rightarrow CO_2+H_2O [21].

Тяжкість гострої алкогольної інтоксикації, в першу чергу, залежить від кількості вжитого алкоголю (табл. 1). Концентрація алкоголю в крові у клінічній практиці визначається у проміле (‰). Залежно від рівня у крові виділяють наступні градації ступенів тяжкості отруєнь алкоголем:

1. Легкого ступеня - концентрація етанолу в крові від 1‰ до 1,5‰.
2. Середнього ступеня - концентрація етанолу в крові від 1,5‰ до 3‰.
3. Тяжкого ступеня - концентрація етанолу в крові від 3‰ до 5‰.
4. Алкогольна кома - концентрація етанолу в крові від 5‰ і більше.
5. Понад 6‰ - нерідко смертельний результат внаслідок паралічу дихального центру.

Летальна доза 96% етанолу складає 4-12 г/кг маси тіла або 1,5 л горілки («залпом») для людини вагою 70 кг. Концентрація етанолу в крові більш за 6‰ є

смертельною. [1].

Таблиця 1 – Клінічні прояви, залежно від концентрації спирту в крові (г/л)

0,20-0,99	Незначні зміни настрою, ейфорія, порушення координації рухів (може прогресувати), розлад сенсорних функцій, порушення поведінки.
1,00-1,99	Виражені порушення розумової активності, порушення координації рухів аж до атаксії.
2,00-2,99	Поглиблення атаксії, нудота, блювота, диплопія.
3,00-3,99	Гіпотермія, I стадія наркозу, після виходу зі стану - амнезія.
4,00-7,00	Кома, порушення дихання, смерть.

Ступінь сп'яніння визначається за основними клінічними ознаками, а концентрація алкоголю в крові має додаткове значення. Поряд з кількістю етилового спирту на виразність інтоксикації впливає ряд факторів: якість прийнятого

алкоголю, вік особи, індивідуальна чутливість до алкоголю, якість та кількість прийнятої попередньо їжі, загальний соматичний та психічний стан організму тощо.

При травмах головного мозку, психічних захворюваннях, ураженнях печінки, ослабленому стані організму через недавно перенесене важке захворювання зазвичай відзначається висока чутливість до алкоголю і симптоми інтоксикації можуть з'явитися навіть після прийому його у порівняно невисоких дозах. Сп'яніння швидше виникає при спеці, швидкій зміні температур (при переході з теплого приміщення на холод і навпаки), при прийомі алкоголю натщесерце. Постійне вживання алкоголю і звикання до нього на певному етапі зменшують його дію, що характеризується зростанням толерантності.

Алкогольна інтоксикація легкого та середнього ступеня спеціальної терапії не вимагає (за винятком випадків патологічного сп'яніння). Медична допомога потрібна тільки у випадках тяжкої інтоксикації, коли виникає загроза важливих для життя функцій організму.

Специфічної (антидотної) детоксикаційної медичної допомоги при гострій алкогольній інтоксикації не існує. У тяжких випадках проводиться неспецифічна

дезінтоксикаційна терапія з призначенням симптоматичного лікування за показаннями. Інтенсивна терапія при ускладненнях полягає у корекції і підтримці основних важливих для життя функцій.

Таким чином, до всіх подібних таблиць в клінічних умовах потрібно відноситися з великою обережністю, адже вони є дуже орієнтовними. Насправді має місце безліч спостережень, які вказують на те, що сопор і кома можуть спостерігатися у хворих з концентрацією етанолу в крові, що дорівнює або трохи перевищує 2 г/л. Дуже багато залежить від індивідуальної резистентності ЦНС до дії алкоголю. Проте, якщо втрата свідомості має місце в осіб, у яких концентрація етанолу в крові ще не досягла 2 г/л, обов'язково мають бути виконані додаткові діагностичні дослідження, які дозволять виключити або підтвердити наявність іншої причини розвитку коматозного стану. Алкогольна інтоксикація нерідко сполучається із медикаментозною (опіоїди, баклофен, нейролептики, канабіноїди тощо), з черепно-мозковою травмою, гіпоглікемією, маніфестацією захворювань печінки та нирок. Вік хворих, їх, на перший вигляд, благополучний соціальний статус та хронічна патологія, наявність якої, здавалося повинне забезпечувати обмеження вживання алкоголю такою особою, ніколи не є запорукою відсутності підвищеного вмісту алкоголю в організмі. Нам неодноразово доводилося спостерігати наявність підвищеного вмісту етанолу в крові у осіб, яких доставляли до відділення екстреної медичної допомоги в зв'язку із маніфестацією захворювань ЦНС, серцево-судинної системи, хронічної патології органів шлунково-кишкового тракту, печінки та інших органів, при якому вік людей перевищував 70 років. Причому, у жінок наявність підвищеного вмісту етанолу в крові зустрічалася не рідше, ніж у чоловіків.

Якщо у пацієнта, який має явні ознаки алкогольної інтоксикації (наприклад сильний запах алкоголю, ацетальдегіду з дихальних шляхів), концентрація алкоголю в крові не перевищує 2 г/л, проте він перебуває у непритомному стані, потрібно якомога раніше забезпечити нейровізуалізацію (проведення ЯМРКТ або спіральної КТ головного мозку), виконати діагностичну люмбальну пункцію (КТ головного мозку дає недостатню інформацію про стан мозкових оболонок),

якнайшвидше визначити рівень глікемії, провести дослідження крові на концентрації сечовини та креатиніну, активності амінотрансфераз, і, найкраще, ще й аміаку. Тільки відсутність серйозних змін за результатами всіх цих досліджень може вказувати на те, що розвиток сопопу та коми у даного пацієнта обумовлений, в першу чергу, саме вживанням алкоголю, а не іншою патологією. Проте в усіх таких випадках потрібно не виключати можливість посилення дії алкоголю речовинами, наявність яких не можна визначити в крові у звичайних рутинних клінічних умовах.

Патологічне алкогольне сп'яніння

Патологічне сп'яніння - варіант гострого транзиторного психозу, з картиною сутінкового розладу свідомості або гострого параноїдного синдрому, який розвивається після вживання невеликих доз алкоголю, недостатніх, щоб викликати інтоксикацію у більшості людей. Даний стан є не стільки результатом алкогольної інтоксикації, скільки своєрідною реакцією організму на алкоголь, яка може виникнути при певному поєднанні ряду факторів (перевтома, безсоння, психогенії, органічна церебральна недостатність тощо).

Патологічне сп'яніння характеризується тотальною дезорієнтацією, відсутністю будь-якого контакту з навколишньою дійсністю, різким руховим збудженням з афектом страху, злості або гніву, може відображати маячні і галюцинаторні переживання страхітливого характеру, в зв'язку з чим хворий може здійснювати неадекватні агресивні дії, суїцидальні спроби. Рухова активність має характер автоматичних і впорядкованих стереотипних рухів, набуваючи форму складних та цілеспрямованих дій [6-8].

Випадки патологічного сп'яніння майже завжди стають предметом подальших судово-психіатричних експертиз.

Патологічне сп'яніння виникає раптово і так само раптово припиняється, триває від декількох хвилин до декількох годин з подальшим глибоким сном і амнезією всього, що відбулося.

Медична допомога

Перш за все, необхідно впевнитись у власній безпеці, безпеці місця надання допомоги та безпеці пацієнта.

Проведення оцінки стану важливих для життя функцій пацієнта відповідно до схеми первинного огляду пацієнта за алгоритмом ABCDE.

Усунення вітальних загроз з подальшою детоксикацією.

1. При психомоторному збудженні та/або агресивній поведінці з боку пацієнта, у разі необхідності - виклик поліції для забезпечення безпеки та госпіталізації до наркологічного стаціонару (дотримуватися заходів власної безпеки).
2. Введення бензодіазепінів (наприклад, 0,5% розчин сибазону 2,0-4,0 мл внутрішньовенно або внутрішньом'язово).
3. Симптоматична медична допомога при наявності супутньої соматичної патології.
4. Дезінтоксикаційна терапія.
5. Госпіталізація до спеціалізованого стаціонару.

Алкогольний абстинентний синдром

Алкогольний абстинентний синдром характеризується групою вегетативних, соматичних, неврологічних та психічних симптомів різного ступеня тяжкості, що виявляються (у різних поєднаннях) після повного або часткового припинення прийому алкоголю на тлі певного періоду його постійного вживання.

Ознаки синдрому відміни формуються у проміжку часу від 6 до 48 годин після останнього вживання спиртного, тривалість може бути від 2-3 діб до 2-3 тижнів. Незважаючи на згадану швидкоплинність, синдром супроводжується вираженими патологічними змінами органів і систем: порушенням симпатичного відділу нервової системи з надлишковою продукцією гормонів надниркових залоз, що призводять до розладу функції мозкових структур, які мають відношення до емоційної сфери та механізмів пам'яті. Ступінь тяжкості

алкогольного абстинентного синдрому залежить від тривалості попередньої інтоксикації, наявності супутніх алкоголізму захворювань, загального фізичного стану пацієнта, якості та кількості вживаного алкоголю.

Клінічні прояви подібні загальним ознакам абстиненції. При цьому, для диференціації стану відміни алкоголю необхідна присутність не менше трьох ознак з перерахованих нижче:

- тремор язика, повік або витягнутих рук;
- пітливість;
- нудота або блювота;
- тахікардія або гіпертензія;
- психомоторне збудження;
- головний біль;
- безсоння;
- почуття нездужання або слабкості;
- транзиторні зорові, тактильні або слухові галюцинації або ілюзії;
- великі судомні напади.

Виділяють наступні клініко-психопатологічні варіанти алкогольного абстинентного синдрому [7,8,23,24]:

Нейровегетативний - основний складовий компонент, на основі якого формуються наступні варіанти синдрому. Клінічно супроводжується порушенням сну, астеною, млявістю, пітливістю, набряком обличчя, порушенням апетиту, спрагою, сухістю у роті, підвищенням або зниженням артеріального тиску, тахікардією, тремором пальців рук.

Церебральний - формується, коли до нейровегетативних компонентів приєднується інтенсивний головний біль з нудотою, запамороченням, гіперакузією, раптовим здриганням, непритомністю, епілептиформними нападами.

Вісцеральний (соматичний) варіант - формується, коли до нейровегетативної складової приєднуються такі розлади, як біль в області живота, нудота, блювота, метеоризм, рідке випорожнення, субіктеричність склер, стенокардія, серцева

аритмія, задишка.

Психопатологічний варіант включає такі порушення, як суїцидальні думки та поведінку, тривогу, страх, пригніченість, дисфорії, ідеї спустошення та винуватості, виражене безсоння, гіпнагогічні галюцинації (уявні відчуття, які виникають, під час засинання), слухові та зорові ілюзорні оми, «пригодницькі» сновидіння, просоночний стан («плутанина збудження» класифікується як «часткове пробудження, при якому стан свідомості залишається порушеним протягом декількох хвилин без будь-яких супутніх серйозних розладів поведінки або важких вегетативних реакцій» [10]) з тимчасової дезорієнтацією у навколишньому, іноді неадекватними діями.

Відміною ознакою алкогольного абстинентного синдрому від постінтоксикаційного стану є наявність ознак вторинного патологічного потягу до алкоголю - непереборне бажання вживання спиртного (похмелитися), внутрішня напруженість, дратівливість, дисфорія, пригніченість, рухове занепокоєння.

Медична допомога.

1. При наявності супутньої соматичної патології - симптоматична медична допомога.
2. Госпіталізація до спеціалізованого стаціонару.

Алкогольний делірій

Виникненню алкогольного делірію («біла гарячка») передують тривалий період зловживання алкоголем (запій). Делірій розвивається, як правило, через 2-4 доби після припинення вживання алкоголю та може тривати, в залежності від тяжкості, від декількох годин до декількох тижнів, а у поодиноких випадках до декількох місяців. Слід зазначити, що алкогольному делірію може передувати розвиток судомних нападів на піку абстинентного синдрому.

Продромальний період може тривати дні, тижні і навіть місяці та супроводжується порушенням сну, жахливими сновидіннями, страхом, тривогою, частими пробудженнями, вегетативними порушеннями (ввечері)

астенічними розладами (вдень) на тлі мінливого і змішаного афективного компонента. Виникають розлади уваги, підозрілість, настороженість, зміна настрою, диспепсія, болі у животі, тахікардія, підвищення артеріального тиску, гіпертермія, гіпергідроз, уривчасті гіпнагогічні галюцинації (уявні відчуття, які виникають, коли людина засинає). Далі на тлі безсоння поглиблюються вегетативні та неврологічні порушення, з'являються розлади свідомості, парейдолічні ілюзії (ілюзорне сприйняття реального об'єкта). Ілюзорне сприйняття навколишнього оточення швидко змінюється появою зорових галюцинацій, які в подальшому стають яскравішими, тематика їх залежить від преморбідного фону, у денний час доби можливі «люцидні вікна» (світлі проміжки) [4-6, 11-13].

Хворі занадто чутливі до навіювань. Слід мати на увазі, що ознаки підвищеної сугестивності (психологічного впливу) виникають як на висоті психозу, так і на початку його розвитку, а також при закінченні, коли гостра симптоматика значно послаблена та скорочена.

У клінічній практиці досить широко застосовуються наступні проби для діагностики [11-13]:

- Симптом Ліпмана - при легкому натисканні на очні яблука хворого та додаванні певних конкретних питань, у хворого виникають відповідні зорові галюцинації.
- Симптом «чистого аркуша» (симптом Ригера і Рейхардта) полягає в тому, що хворому пропонується дуже уважно розглянути чистий аркуш білого паперу та розповісти, що він там бачить або прочитати неіснуючий галюцинаторний текст. Наприклад, у хворого можна запитати: «Вам подобається тварина, що зображена на малюнку?», «Прочитайте, будь ласка, уривок тексту, що надрукований».
- Симптом Бехтерева - слухові галюцинації посилюються та/або виникають у випадку гострого або хронічного алкогольного галюцинозу після того як, хворий вслухається в рівномірний такт (звук метронома, годинника тощо).
- Симптом Ашаффенбурга - хворому пропонують провести розмову по

вимкненому телефону; таким чином перевіряється готовність до виникнення слухових галюцинацій. Наприклад, у хворого можна запитати: «Про що Вам розповідає жінка (чоловік) по телефону?»

У розгорнутій стадії делірій проявляється наступними групами симптомів:

- порушення орієнтації в часі, місці та навколишньому оточенні, при збереженні орієнтування у власній особистості;
- порушення сприйняття - зорові, слухові, тактильні, термічні та нюхові галюцинації;
- конкретні, образні та емоційно насичені маячні ідеї - переслідування, подружньої невірності або іншого змісту;
- порушення афективної сфери - досить часто зустрічається мінливий та змішаний типи афекту у вигляді «боязкої веселості».

Рухове збудження проявляється метушливістю, прагненням сховатися, втекти, щось з себе струшувати, іноді зазначені прояви супроводжуються агресивними тенденціями. Соматовегетативні та неврологічні розлади проявляються у вигляді загального тремору, що нагадує озноб, гіперрефлексії, атаксії, безсоння, пітливості, тахікардії, субфебрилітету. Зазвичай протягом короткочасного делірію, симптоми можуть послаблюватися протягом 2-8 днів, навіть без інтенсивного лікування.

Слід виділити муситууючий делірій (тихі марення), або «буркітливий» делірій. У клінічній картині муситууючого делірію присутній ряд станів, які змінюють один одного. Найчастіше деліріозний синдром з «професійним маренням». Також спостерігаються різні форми перебігу, такі як пролонгований (протрагований, хронічний), з «психічними автоматизмами», з «онейроїдними розладами», «фантастичний» (алкогольний онейроїд) [23,24].

Розвитку муситууючого делірію, в більшості випадків, передують важкий і тривалий запій, в анамнезі хворих відзначається висока толерантність до дії алкоголю. У клінічній картині таких хворих досить часто спостерігаються епілептичні напади (41%), як перед початком делірію, так і у стадії його розвитку. Патологічною основою розвитку муситууючого делірію може виявитися і типовий

деліріозний синдром при аутохтонному несприятливому перебігу, алкогольна енцефалопатія Гайе-Верніке (гостре або підгостре ураження середнього мозку та гіпоталамуса внаслідок дефіциту вітаміну В1) та інші ускладнення, що викликані інтеркурентними захворюваннями (захворювання, які ускладнюють перебіг іншого (інших) захворювання). Зазначені стани характеризуються наявністю ознак глибокого потьмарення свідомості, рухових і розмовних порушень, поєднаних з вираженими неврологічними та соматичними розладами. У такому стані хворі не доступні контакту, як продуктивному, так і пасивному, байдужі. Відмічається рухове «збудження» у межах ліжка, найчастіше спостерігається симптом карфології (оббирання) – безглузде перебирання, розгладження або збирання у складки пальцями постільних речей, одягу або вчинення рудиментарних рухових актів. Розмовне збудження може протікати у вигляді тихої, позбавленого модуляції, вимови, набору одних і тих же складів або вигуків, окремих звуків, фраз.

У клінічній картині муситуючого делірію значне місце займають неврологічні розлади: міоклонічні посмикування м'язових груп, хореоформні гіперкінези (безглузді хапальні рухи та збирання складок одягу), оральні автоматизми, рухові порушення очей у формі страбізму, ністагму, птозу. Для соматичних розладів характерні: виражена гіпотензія, гіпертермія, гіпергідроз, проява зневоднення організму. Важкому перебігу делірію часто передують значні диспепсичні явища, зокрема, багаторазова блювота. При такому стані можуть виникати тяжкі соматичні ускладнення (рівень смертності становить близько 15%). Причинами смерті є інфекції, серцева аритмія, зневоднення та порушення електролітного обміну, суїцидальні спроби, що здійснюються під впливом галюцинаторно-маячних переживань.

Медична допомога.

1. Збалансована інфузійна терапія.
2. Перед початком інфузійної терапії рекомендується використовувати суміш Попова (фенобарбітал 0,4 г + 96% етиловий спирт 20,0 мл + 200,0 мл питної води усередину [14]).

3. При психомоторному збудженні або агресивній поведінці - механічна фіксація хворого «м'яким» способом.
4. Терапія, спрямована на переривання афективних розладів - сибазон 0,5% розчин 2,0-4,0 мл внутрішньовенно або внутрішньом'язово, 1-2 мг феназепаму всередину.
5. Профілактика гіпоксії та набряку головного мозку:
 - забезпечення прохідності дихальних шляхів;
 - оксигенотерапія;
 - контроль глікемії (не допускається гіпоглікемія $<3,5$ ммоль/л);
 - мілдронат 10% розчин 10,0 мл внутрішньовенно, мексидол 5% розчин 2,0 мл з 15-20 мл ізотонічного розчину внутрішньовенно повільно (протягом 5-7 хвилин), магнію сульфат 25% розчин 10,0 мл внутрішньовенно повільно, пірацетам 20% розчин 5,0-20,0 мл внутрішньовенно, вітаміни групи В (переважно вітамін В1) 3,0-5,0 мл внутрішньом'язово.
6. Нейролептики переважно з антипсихотичною дією призначаються у стаціонарі (на догоспітальному етапі небажано).
7. Госпіталізація до спеціалізованого стаціонару.

Алкогольний галюциноз

Друга за частотою форма алкогольних психозів - алкогольний галюциноз, він виникає найчастіше у віці 40-43 років внаслідок тривалого періоду алкоголізму - близько 10 років. Алкогольний галюциноз розвивається при абстинентному синдромі або на піку запою. При цьому, характерними є бурхливі слухові (вербальні) галюцинації, що поєднуються з маячними ідеями переслідування.

На початку розвитку алкогольного галюцинозу у хворого на тлі безсоння або переривчастого сну виникає шум, свист, шепіт, окремі слова, короткі фрази.

У подальшому виникають вербальні галюцинації, хворий зазвичай «чує» слова, вимовлені великою кількістю людей - «хор голосів». Зазвичай вони (хворі)

можуть чітко локалізувати джерело звуку (з коридору, квартирки, сусіднього приміщення тощо). Часто відбувається розмова «голосів» між собою про хворого, рідше вони адресуються до самого хворого. На початкових стадіях захворювання голоси мають нейтральний характер, а в подальшому, «голоси» загрожують, звинувачують, ображають його поведінку, однак є й ті, що захищають та виправдовують хворого. Між голосами можуть виникати суперечки. Нерідко галюцинації носять «знущальний та дразливий» характер, то посилюються до крику, то слабшають до шепоту [4-6, 11].

До третьої за частотою форми алкогольних психозів, відносять алкогольні маревні психози (маячні ідеї, марення переслідування, фізичного впливу, відносин, звинувачення, знищення) тісно пов'язані зі змістом слухових галюцинацій. Виникають приблизно на 12-13 році алкоголізму, частіше у чоловіків. Спочатку вони уривчасті і несистематизовані. Поступово марення починає упорядковуватися в певну систему, галюцинаторні переживання переплітаються з реальними подіями (іноді досить правдоподібно). У настрої переважають напруження, тривога та страх. У хворих на початку алкогольного галюцинозу спостерігається рухове збудження, яке незабаром переходить у загальмованість або ж впорядковується, що маскує хворобливу поведінку, створює хибне та небезпечне враження про поліпшення стану. Симптоми хвороби, зазвичай, посилюються у вечірній і нічний час.

Відзначаються характерні для абстинентного синдрому вегетативні та неврологічні розлади. Тривалість алкогольного галюцинозу від 2-3 днів до декількох тижнів, в окремих випадках він затягується до кількох місяців.

Медична допомога.

1. Збалансована інфузійна терапія.
2. Перед початком інфузійної терапії рекомендується використовувати суміш Попова (фенобарбітал 0,4 г + 96% етиловий спирт 20,0 мл + 200,0 мл питної води усередину [14]).
3. При психомоторному збудженні або агресивній поведінці - механічна фіксація хворого «м'яким» способом.

4. Терапія, спрямована на переривання афективних розладів - сибазон 0,5% розчин 2,0-4,0 мл внутрішньовенно або внутрішньом'язово, 1-2 мг феназепаму всередину.
5. Профілактика гіпоксії та набряку головного мозку:
 - забезпечення прохідності дихальних шляхів; оксигенотерапія;
 - контроль глікемії (не допускається гіпоглікемія $<3,5$ ммоль/л);
 - мілдронат 10% розчин 10,0 мл внутрішньовенно, мексидол 5% розчин 2,0 мл з 15-20 мл ізотонічного розчину внутрішньовенно повільно (протягом 5-7 хвилин), магнію сульфат 25% розчин 10,0 мл внутрішньовенно повільно, пірацетам 20% розчин 5,0-20,0 мл внутрішньовенно, вітаміни групи В (переважно вітамін В1) 3,0-5,0 мл внутрішньом'язово.
6. Нейролептики переважно з антипсихотичною дією призначаються у стаціонарі (на догоспітальному етапі небажано).
7. Госпіталізація до спеціалізованого стаціонару.

Алкогольна депресія

Алкогольна депресія може виникати в період абстиненції, після делірію чи галюцинозу. Депресія може тривати від 1-2 тиж. до 1 міс. Алкогольна депресія частіше виникає у жінок, також нерідко вона є причиною суїциду [11].

Залежно від переважання емоційних порушень поширені афективні синдроми: тривожна (тривожно-ажитована) депресія; дисфорична; тужлива; астенична; адинамічна (апатична); іпохондрична депресії.

У хворих відзначається погіршення настрою, туга, що супроводжується тяжким, відчуттям болю у грудях. Похмурий настрій може супроводжуватися дратівливістю, вибуховістю, агресивністю з відтінком злісної туги або сльозливістю та невмотивованої тривоги. З'являються думки про свою непотрібність, «занапащене життя», нікчемність існування, небажання жити. У такому стані хворі нерідко роблять спроби самогубства.

Медична допомога.

- Забезпечення прохідності дихальних шляхів;

- Оксигенотерапія;
- Контроль глікемії (не допускається гіпоглікемія $<3,5$ ммоль/л);
- Збалансована інфузійна терапія.

Терапія, спрямована на переривання афективних розладів - сибазон 0,5% розчин 2,0-4,0 мл внутрішньовенно або внутрішньом'язово, 1-2 мг феназепаму всередину. Антидепресанти призначаються в умовах стаціонару (на догоспітальному етапі не показані).

Госпіталізація до спеціалізованого стаціонару у разі суїцидальних висловлювань або суїцидальної поведінки.

Алкогольний параноїд

Алкогольний параноїд - гострий маревний психоз, що супроводжується яскравим афектом страху. Розвивається в стані абстинентного синдрому або на піку запою, проявляється чуттєвим, несистематизованим, уривчастим маренням переслідування, тривожно-депресивними афектом, ідеями невмотивованого фізичного впливу.

Продромальні явища тривають 3-5 днів. Характерним є пригнічений настрій, нездужання, тривожно-боязкий афект, порушення сну, вегетативні порушення, що посилюються у нічний час. Власне психоз розвивається, як правило, у вечірній або нічний час, після повного безсоння. Стан розгубленості змінюється на гострий страх та рухове занепокоєння. Можуть приєднуватися поодинокі вербальні галюцинації. Вчинки хворих носять імпульсивний характер та формується марення фізичного знищення: заріжуть, вб'ють, викинуть на ходу з транспорту, раптово кидаються тікати, ховаються у безлюдних місцях, звертаються за допомогою до поліції, іноді, рятуючи себе, здійснюють напади на уявних ворогів або оточуючих.

Стан триває від 7-10 днів до 2-3 тижнів. Зворотний розвиток психозу протікає набагато повільніше, регрес психопатологічної симптоматики іноді затягується до 1,5 - 2 місяців.

Медицина допомога.

1. Забезпечення прохідності дихальних шляхів.
2. Оксигенотерапія.
3. Контроль глікемії (не допускається гіпоглікемія $<3,5$ ммоль/л).
4. Механічна фіксація хворого «м'яким» способом у разі вираженого психомоторного збудження або агресивної поведінки.
5. Переривання афективних розладів - сибазон 0,5% розчин 2,0-4,0-6,0 мл внутрішньовенно або внутрішньом'язово, 2 мг феназепаму всередину.
6. Збалансована інфузійна терапія.
7. Профілактика набряку мозку.
8. Симптоматична терапія.
9. Нейролептики з антипсихотичною дією на догоспітальному етапі не рекомендуються (призначаються в умовах стаціонару).
10. Госпіталізація до спеціалізованого стаціонару.

Алкогольне марення ревнощів

Спостерігається головним чином у хворих на хронічну алкогольну залежність з помітними проявами деградації особистості. Це буває винятково у чоловіків у віці приблизно 50 років, частота цього психозу складає близько 3% серед усіх алкогольних психозів.

Хворі спочатку лише епізодично, в стані алкогольного сп'яніння або похмілля, говорять про невірність дружини. Характерно, що на першому етапі формування алкогольного марення ревнощів аргументи, які наводять хворі (погане ставлення до них з боку дружини, її холодність), іноді мають цілком реальні передумови. Поступово закиди в невірності висловлюються все частіше і поза станом сп'яніння. Змінюється поведінка хворого, він вимагає визнання в зрадах, розробляє систему стеження за дружиною, шукає докази її невірності, способи покарання.

Захворювання, змінюючись в інтенсивності, триває роками. Результат захворювання двоякий: в одних випадках прогресують зміни за органічним

типом, при цьому безглузда система розпадається; в інших - під впливом лікування та повного утримання від алкоголю, маревні ідеї дезактуалізуються, при цьому виникають інтелектуально-мнестичні розлади.

Медична допомога

1. Механічна фіксація хворого «м'яким» способом у разі вираженого психомоторного збудження або агресивної поведінки.
2. Переривання афективних розладів - сибазон 0,5% розчин 2,0-6,0 мл внутрішньовенно або внутрішньом'язово, 2 мг феназепаму всередину.
3. Дезінтоксикаційна терапія, профілактика гіпоксії та набряку головного мозку - полііонні кристалоїди 800- 1000 внутрішньовенно крапельно, реамберин 200-400 мл внутрішньовенно крапельно, нейропротекторна терапія.
4. Нейролептики антипсихотичної дії на догоспітальному етапі не рекомендуються (призначаються в умовах стаціонару).
5. Контроль глікемії (не допускається гіпоглікемія $<3,5$ ммоль/л).
6. Госпіталізація до спеціалізованого стаціонару.

Алкогольні енцефалопатії

При енцефалопатії алкогольного генезу психічні розлади завжди поєднуються з системними соматичними і неврологічними порушеннями, які займають провідне місце у клінічній картині. Чималу роль у розвитку енцефалопатій грає низька якість спиртних напоїв (вживання сурогатів алкоголю). Адже токсичність амілового спирту, який найчастіше міститься в розповсюджених сурогатах (самогон, чача, текіла тощо), є набагато більшою, за токсичність етанолу, і аміловий спирт метаболізується в організмі протягом більш тривалого часу, подовжуючи тим самим, тривалість інтоксикації та тяжкість уражень. Захворювання спостерігається переважно у осіб із затяжними запоями, що тривають місяцями або при безперервному вживанні спиртних напоїв на тлі зниження толерантності протягом від 5-7 років до 20 років. У жінок алкогольні енцефалопатії розвиваються через 1-4 роки після щоденного

вживання спиртних напоїв [11].

Найбільш часто зустрічається форма гострих алкогольних енцефалопатій - енцефалопатія Гайе-Верніке, яка розвивається переважно у чоловіків віком 30-50 років. Хвороба зазвичай починається поступово, триває 2-3 місяці, рідше більш тривалий час. Виникає прогресуюча астенія, що проявляється слабкістю, виснаженням у поєднанні з розладами пам'яті. Знижується, а потім і повністю зникає апетит, порушується нічний сон, дещо рідше спостерігаються рідкі випорожнення, блювота, головний біль, запаморочення, втрата рівноваги. При цьому психоз найчастіше представлений професійним або муситуючим делірієм, рідше тривожно-маячними станами. Через кілька днів після появи цих порушень відзначається й порушення свідомості до оглушення, сомнолентності, сопору, а у тяжких випадках — до коми.

Неврологічні розлади постійні і виражені: виявляється підвищення тону м'язів і чутливості до болю, часто виникають різноманітні гіперкінези. Поява паралічу окорухових м'язів, світлобоязні, ністагму зазвичай свідчить про значну та важку фазу хвороби.

Спостерігаються різні за інтенсивністю та локалізації явища полінейропатії.

З вегетативних симптомів, як правило, відзначаються порушення серцевого ритму і дихання, лихоманка центрального походження (37-38⁰C), нетримання сечі та калу. Шкіра бліда або темно-бура. Хворі виглядають значно старшими за свій вік. Загальний фізичний стан хворих характеризується прогресуючим схудненням, аж до кахексії. Захворювання без лікування найчастіше закінчується смертю. Летальні наслідки стаються на другому тижні захворювання. Психоз, що не є летальним, триває 3-6 тижні. Ранньою ознакою одужання є нормалізація сну. Наслідками даного виду енцефалопатії є психоорганічний синдром (у чоловіків — псевдопараліч; у жінок — синдром Корсакова) [11, 13].

До хронічних алкогольних енцефалопатій відносять Корсаковський психоз, який розвивається у віці 40-50 років та алкогольний псевдопараліч. В одних випадках вони розвиваються протягом кількох місяців, в інших - гостро, як правило, після перенесеного алкогольного делірію.

При *Корсаковському* (амнестичному) психозі психічні розлади у розгорнутій стадії визначаються наступними симптомами: амнезія фіксаційна та ретроградна, псевдоремінісценії (порушення за типом ілюзії пам'яті, що полягають у зсуві в часі подій, які дійсно мали місце в минулому пацієнта), амнестична дезорієнтація та конфабуляції (заповнення пропусків у пам'яті фактами звичайного життя, що недавно відбувались). Конфабуляції можуть проявлятися як спонтанно, так і при навідних розпитах хворого. Свідомість збережена, спостерігаються розлади пам'яті. Неврити кінцівок супроводжуються атрофією м'язів. Хворі похилого віку, як правило, адинамічні, мляві, гіпобулічні, а молодого віку - більш жваві, рухливі.

Алкогольний псевдопараліч в даний час зустрічається досить рідко переважно у чоловіків зрілого і похилого віку. Назва «алкогольний псевдопараліч» пов'язана зі схожістю клінічної картини з прогресивним паралічем дементної або експансивної форми. Розвивається у людей з тривалим захворюванням, у виснажених хворих з вираженим розладом харчування при наявності гіповітамінозу і авітамінозу. Розвивається як після гострих тяжких деліріїв та гострих алкогольних енцефалопатій, так і поступово, на тлі різко вираженої алкогольної деградації.

Настрій - від благодушно піднесеного, ейфорійного, до розбурханого і гнівливого. Спостерігаються абсурдні, надмірні у своїй безглуздісті величі ідеї. Настає повна втрата критики та прояви тотальної деменції. Розлади пам'яті постійно прогресують і стають більш тяжкими. Неврологічні порушення представлені тремором мимічної мускулатури, язика, пальців рук, дизартрією, поліневритами, зміненими сухожильними рефlekсами.

Якщо захворювання розвивалося поступово, то перебіг прогресивний з переходом у слабоумство.

Медична допомога.

1. Необхідно виключити травматичний психоз.
2. Наростання тяжкості стану, поглиблення порушення свідомості, поява і посилення неврологічних розладів з менінгеальними симптомами,

відсутність поліпшення стану протягом дня, стійкість деліріозних розладів вказують на складний (алкогольно-травматичний) характер делірію.

3. З урахуванням того, що психотичні розлади при гострому алкогольному психозі можуть тимчасово перериватися прийомом всередину алкоголю, доцільно перед початком інфузійної терапії використовувати суміш Попова (фенобарбітал 0,4 г + 96% етиловий спирт 20,0 мл + 200,0 мл питної води усередину [13]).
4. Необхідна (особливо в перші години) механічна фіксації хворого «м'яким» способом.
5. Терапія, спрямована на переривання афективних розладів - сибазон 0,5% розчин 2,0-4,0 мл внутрішньовенно або внутрішньом'язово, 1-2 мг феназепаму всередину.
6. Терапія, спрямована на зменшення інтоксикації, профілактика гіпоксії та набряку головного мозку: реамберин 400-800 мл внутрішньовенно, реополіглюкін 200-400 мл внутрішньовенно, магнію сульфат 25% розчин 10,0 мл внутрішньовенно повільно, пірацетам 20% розчин 5,0- 20,0 мл внутрішньовенно, вітаміни групи В (переважно В1) 3,0-5,0 внутрішньом'язово.
7. При лікуванні алкогольних енцефалопатій показані масивна вітамінотерапія (вітаміни групи В і С) та ноотропні засоби.
8. При супутній соматичній патології - симптоматична терапія.
9. Нейролептики переважно з антипсихотичною дією призначаються в умовах стаціонару (на догоспітальному етапі небажано).
10. Контроль глікемії (не допускається гіпоглікемія <3,5 ммоль/л);
11. Госпіталізація до спеціалізованого стаціонару.

Список використаної літератури:

1. Наказ МОЗ №435 від 03.07.2006 р. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Токсикологія».
<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0435282-06#Text>
2. Електронний ресурс ВООЗ: <https://www.who.int>
3. Бабенко В.Н. Проблемы борьбы с пьянством и наркоманией в современной Украине // Ю.И. Игрицкий Повседневная жизнь в странах Восточной Европы. Сборник научных трудов. — Москва: РАН. ИНИОН, 2011. — С. 135. — ISBN 978-5-248-00581-9.
4. Психіатрія / Під ред. В.М. Козідубової, В.М. Кузнецова зі свіавт. - Харків: Оберіг, 2013. - 1164 с.
5. Погорелов І.І., Манаєнкова О.Д. Психіатрія і наркологія: підручник (ВНЗ І—ІІІ р. а.) / І.І. Погорелов, О.Д. Манаєнкова. — 2-е вид., випр. К. : ВСВ «Медицина». 2018. 320С.
6. Неотложные состояния в наркологии: Учебное пособие / О.Г Сыропятов, А.К. Напреенко, Н.А. Дзеружинская, О.В. Друзь, Н.Ю. Петрина.: Наук. Світ; Киев; 2013. 150 с.
7. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2018 (United Nations publication, Sales No. E.18. XI.9) / United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). URL: https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_1_EXSUM.pdf.
8. Невідкладна допомога при отруєнні алкоголем. І.С. Зозуля, О.В. Іващенко, С.М. Недашківський // Острые и неотложные состояния в практике врача. — 2006. №2(2). <https://urgent.com.ua/ua-issue-article-22#Nevidkladna-dopomoga-pri-otruienni-alkogolem>
9. Хоффман Р., Нельсон Л. Экстренная медицинская помощь при отравлениях «Практика» 2010, сс.807-866, 876- 883
10. The international classification of sleep disorders : diagnostic & coding manual. American Academy of Sleep Medicine. (2nd ed.). Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine. 2005.

11. Психіатрія і наркологія : підручник / В.Л. Гавенко, В.С. Бітенський, В.А. Абрамов та ін. ; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. — 3-ге вид., стер. — К. : ВСВ «Медицина», 2020. 512 с.;
12. Психіатрія та наркологія : навч.-метод, посіб. / А.М. Скрипніков, Л.В. Животовська, Л.А. Бондар, Г.Т. Сонник. — 2-ге вид., стер. — К. : ВСВ «Медицина», 2021. — 224 с.;
13. Психіатрія та наркологія в загальній медичній практиці: навчальний посібник / Г.М. Кожина, Н.О. Марута, Л.М. Юр'єва та ін. — К. : ВСВ «Медицина», 2019. — 344 с.
14. Д.Й. Малин, В.М. Медведєв «Клиническая наркология» 2003. - 104 с.
15. O'Neil, M.J. (ed.). The Merck Index - An Encyclopedia of Chemicals, Drugs, and Biologicals. Cambridge, UK: Royal Society of Chemistry, 2013., p. 1106.
16. Goldfrank, L.R. (ed). Goldfrank's Toxicologic Emergencies. 7th Edition McGraw-Hill New York, New York 2002., p. 982
17. Bingham, E.; Cohn, B.; Powell, C.H.; Patty's Toxicology Volumes 1-9 5th ed. John Wiley & Sons. New York, N.Y. (2001)., p. V6 374;
18. Електронний ресурс:
https://www.cdc.gov/niosh/ershdb/emergencyresponsecard_29750029.html
19. Hoffman R., Howland M.A., Lewin N., Nelson L., Goldfrank L. Goldfrank's Toxicologic Emergencies, 10th ed. New York, NY: McGraw&Hill; 2015: 1904.
20. American Heart Association. Web-based Integrated 2010 - 2015 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Part 10: Special Circumstances of Resuscitation [Guideline, accessed: June 29, 2018]. Available from: <https://eccguidelines.heart.org/index.php/circulation/cpr-ecc-guidelines-2/part-10-special-circumstances-of-resuscitation/>
21. Екстрена медична допомога: догоспітальний етап. Новий клінічний протокол. Наказ МОЗ України 05.06.2019 № 1269.
22. Курдиль Н.В., Зозуля И.С., Иващенко О.В. Экстренная медицинская помощь при острых отравлениях у взрослых: практические рекомендации для

догоспитального етапа / Н.В. Курдиль, И.С. Зозуля, О.В. Иващенко. — Український медичний часопис. 2014 № 1 (99) - I/II. 128-131с.

23. Психіатрія і наркологія: підручник / Г.Т. Сонник, О.К. Напрєєнко, А.М. Скрипніков, Л.В. Животовська, Н.Ю. Напрєєнко ; за ред. О.К. Напрєєнка. — 3-є вид., випр. — К. : ВСВ «Медицина», 2017. — 424 с.
24. Чабан О.С., Хаустова Е.А., Омелянович В.Ю. Невідкладна допомога в психіатрії та наркології. / О.С. Чабан, Е.А. Хаустова, В.Ю. Омелянович. К.: Медкнига. 2019. 172 с.