



ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер»

**Программа подготовки
медицинского персонала по
вопросам проведения
предрейсовых, послерейсовых и
текущих медицинских осмотров
водителей транспортных
средств.**

М.С. Хохлов

Руководитель
организационно-методической службы



Роль и значение медицинских осмотров водителей транспортных средств в системе профилактики ДТП

- Известно, что в совершении 80-90% дорожно-транспортных происшествий (ДТП) виноват «человеческий фактор». Надежность водителя, защищенность его от ДТП наряду с личностными качествами, уровнем профессиональной подготовки во многом зависит от состояния здоровья, психофизиологического состояния, употребления водителями алкоголя, наркотических или иных одурманивающих веществ.

Одним из действенных средств систематического контроля за состоянием здоровья, функциональным состоянием профессиональных водителей, а также мерой по недопущению к управлению транспортным средством нетрезвых водителей являются предрейсовые медицинские осмотры.



Роль и значение медицинских осмотров водителей транспортных средств в системе профилактики ДТП

Наиболее широкий контингент лиц проходящих предрейсовые осмотры - это водители транспортных средств.

Нетрезвые водители не выдерживают безопасные интервалы дистанции в транспортном потоке, неправильно рассчитывают время, необходимое для выполнения маневра, неправильно оценивают дорожную обстановку, у них снижается самокритика, изменяется порог действия раздражителей, нередко появляется склонность к рискованному поведению и немотивированной агрессии - В результате пьяные водители совершают обгоны, постоянно перестраиваются из ряда в ряд, что приводит к созданию аварийной ситуации (столкновение с другими машинами, мачтами городского освещения, оградами мостов, остановками транспорта и т. д.) Эти аварии являются причиной тяжелых последствий.

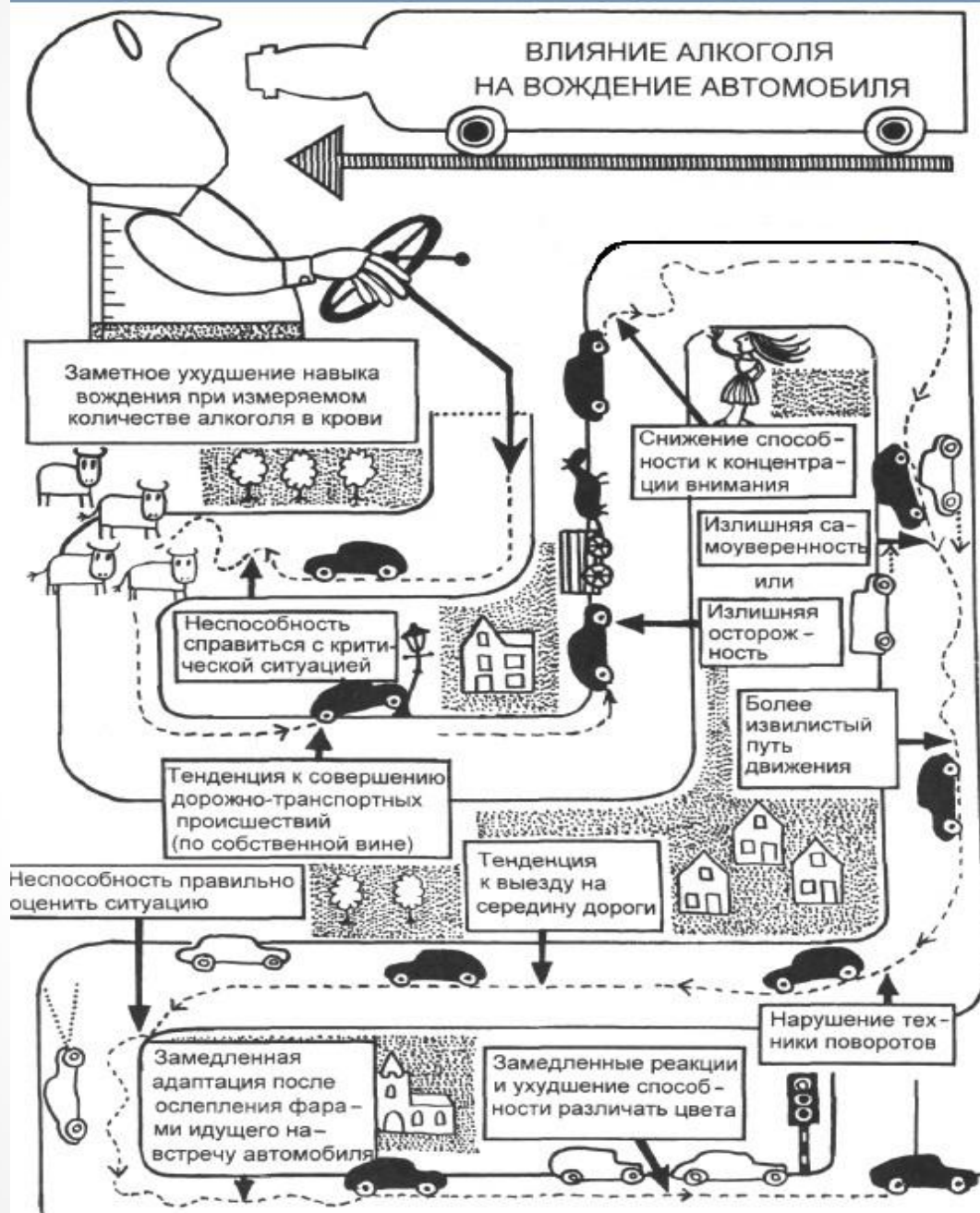


Роль и значение медицинских осмотров водителей транспортных средств в системе профилактики ДТП

Исследования показали, что самый низкий уровень дисциплины у водителей от 18 до 26 лет со стажем работы до 5 лет. По их вине в состоянии алкогольного опьянения совершается каждое третье ДТП от общего количества происшествий по вине нетрезвых водителей. Это обусловлено их недостаточной профессиональной опытностью, склонностью к риску. Вместе с тем нередко алкоголь за рулем употребляют и водители со стажем по специальности от 10 до 20 лет, что можно объяснить переоценкой ими своих профессиональных способностей. Все это свидетельствует о недостаточной осведомленности водителей о степени отрицательного воздействия алкоголя на безопасность управления транспортом.

Многие водители с недопустимой легкостью относятся к управлению транспортом в нетрезвом состоянии. Проведение анкетирования показало, что около 75% водителей полагают, что прием спиртных напитков в небольших количествах не снижает надежности вождения, а 9% из них вообще не считают, что это является препятствием к управлению автотранспортом.

Алкоголь и вождение автомобиля





«Роль и значение медицинских осмотров водителей транспортных средств в системе профилактики ДТП. Требования нормативных актов к организации и методам проведения медицинских осмотров».

- Ежегодно около 20% происшествий происходят из-за нарушений правил дорожного движения водителями в состоянии опьянения. Особую тревогу вызывает тот факт, что за последние годы в 3-4 раза возросло количество водителей, управляющих автотранспортными средствами в состоянии наркотического опьянения и под действием иных психоактивных веществ.
- По итогам 2017 года общее количество ДТП в РФ составило более 173,5 тысяч автоаварий. Всего в течение года травмы на дорогах получили более 221 тысячи человек. В подавляющем большинстве ДТП – 86,9 % - отмечено нарушение ПДД со стороны водителей. Одной из наиболее актуальных проблем остается нетрезвое вождение, - почти десятая часть всех происшествий (9,7 %) и почти четверть смертельных случаев (23,9 %) связана с управлением транспортными средствами водителями, находившимися в состоянии опьянения, либо отказавшимися от медосвидетельствования. (<https://мвд.рф/news/item/9474548/>)
- **Предрейсовые и послерейсовые медицинские осмотры согласно статьи 23 Федерального закона «О безопасности дорожного движения» являются частью медицинского обеспечения безопасности дорожного движения и соответственно проводятся медицинскими работниками (врачами, фельдшерами, медицинскими сестрами).**



- **1. Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения включает в себя:**
- обязательное медицинское освидетельствование кандидатов в водители транспортных средств;
- обязательное медицинское освидетельствование водителей транспортных средств в связи с заменой водительского удостоверения после истечения срока его действия, либо в связи с возвратом водительского удостоверения после истечения срока лишения права на управление транспортными средствами в случае, если прохождение обязательного медицинского освидетельствования требуется в соответствии с законодательством Российской Федерации об административных правонарушениях, либо в связи с возвратом водительского удостоверения после отбытия наказания в виде лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью (в случае лишения права на управление транспортными средствами);
- внеочередное обязательное медицинское освидетельствование водителей транспортных средств, при проведении обязательного периодического медицинского осмотра которых выявлены признаки заболеваний (состояний), являющихся медицинскими противопоказаниями либо ранее не выявлявшимися медицинскими показаниями или медицинскими ограничениями к управлению транспортными средствами и подтвержденных по результатам последующих обследования и лечения;
- обязательные предварительные, периодические (не реже одного раза в два года), предрейсовые и послерейсовые медицинские осмотры;
- проведение санитарно-просветительной работы по вопросам профилактики управления транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения;
- оказание медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях и обучение участников дорожного движения, сотрудников экстренных оперативных служб, а также населения навыкам оказания первой помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях.



Профилактическая работа с водителями лишеными водительского удостоверения в состоянии алкогольного опьянения





- Обязательные предрейсовые медицинские осмотры проводятся в течение всего времени работы лица в качестве водителя транспортного средства, за исключением водителей, управляющих транспортными средствами, выезжающими по вызову экстренных оперативных служб.



- Обязательные послерейсовые медицинские осмотры проводятся в течение всего времени работы лица в качестве водителя транспортного средства, если такая работа связана с перевозками пассажиров или опасных грузов.



- Обследование врачом-психиатром, врачом психиатром-наркологом осуществляется в специализированных медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения по месту жительства либо месту пребывания водителя транспортного средства (кандидата в водители транспортного средства).



Задачи

предрейсовых медицинских осмотров водителей

1. **Выявление у водителей признаков различных заболеваний,**
2. **Выявление признаков употребления алкоголя, наркотиков, запрещенных лекарственных препаратов,**
3. **Выявление состояния утомления.**

(В случае выявления указанных признаков водители не допускаются к управлению транспортными средствами).



Цели

предрейсовых медицинских осмотров водителей

1. **Контроль за состоянием здоровья водителей;**
2. **Анализ причин отстранения водителей от работы;**
3. **Ведение учета результатов осмотров;**
4. **Участие в служебном расследовании ДТП с целью выявления причин, зависящих от состояния здоровья водителя, совершившего ДТП.**



Основные нормативные документы, регламентирующие порядок проведения предрейсовых осмотров водителей автотранспортных средств.

Знание и правильное применение нормативно-правовых документов необходимо для практической работы.

- Методические рекомендации **«Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения. Организация и порядок проведения предрейсовых медицинских осмотров водителей транспортных средств** (утверждены Минздравом РФ и Минтрансом РФ 29.01.02 г.);
- Федеральный закон **«О безопасности дорожного движения»** от 10 декабря 1995 г. N 196-ФЗ (с изменениями от 2 марта 1999 г., 25 апреля 2002 г., 10 января 2003 г., 22 августа 2004 г.)

Настоящий Федеральный закон определяет правовые основы обеспечения безопасности дорожного движения на территории Российской Федерации.

Задачами настоящего Федерального закона являются: охрана жизни, здоровья и имущества граждан, защита их прав и законных интересов, а также защита интересов общества и государства путем предупреждения дорожно-транспортных происшествий, снижения тяжести их последствий.

Основные принципы обеспечения безопасности дорожного движения

Основными принципами обеспечения безопасности дорожного движения являются:

- приоритет жизни и здоровья граждан, участвующих в дорожном движении, над экономическими результатами хозяйственной деятельности;
- приоритет ответственности государства за обеспечение безопасности дорожного движения над ответственностью граждан, участвующих в дорожном движении;
- соблюдение интересов граждан, общества и государства при обеспечении безопасности дорожного движения;
- программно-целевой подход к деятельности по обеспечению безопасности дорожного движения.



Основные нормативные документы, регламентирующие порядок проведения предрейсовых осмотров водителей автотранспортных средств.

Знание и правильное применение нормативно-правовых документов необходимо для практической работы.

- **Федеральный закон от 08.01.1998г. №3 – ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» статья 54;**

Настоящий Федеральный закон устанавливает правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также в области противодействия их незаконному обороту в целях охраны здоровья граждан, государственной и общественной безопасности.

- Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации
- Реестр новых потенциально опасных психоактивных веществ, оборот которых в Российской Федерации запрещен
- Законодательство Российской Федерации о наркотических средствах, психотропных веществах и об их прекурсорах
- Организационные основы деятельности в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также в области противодействия их незаконному обороту
- Особенности деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров
- Условия осуществления отдельных видов деятельности, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров
- Использование наркотических средств и психотропных веществ
- Противодействие незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров
- Профилактика незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, наркомании
- Наркологическая помощь больным наркоманией и их социальная реабилитация
- Заключительные положения
- Надзор за исполнением настоящего Федерального закона



Основные нормативные документы, регламентирующие порядок проведения предрейсовых осмотров водителей автотранспортных средств. (Продолжение)

Кодекс РФ об административных правонарушениях от 30.12.2001г. №195 - ФЗ ст. 27.12

П.6. Освидетельствование на состояние алкогольного опьянения и оформление его результатов, направление на медицинское освидетельствование на состояние опьянения осуществляются в **Порядке**, установленном Правительством Российской Федерации.

П. 6.1. Критерии, при наличии которых имеются достаточные основания полагать, что лицо находится в состоянии опьянения и подлежит направлению на медицинское освидетельствование, и **Порядок** проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

- Приказ МЗ РФ от 18.12.2015 г. № 933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)»

- Приказ Минтранса РФ от 18.09.2008 № 152 "Об утверждении обязательных реквизитов и порядка заполнения путевых листов«;

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 июля 2003 года №308 «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения» (Приложение №7, Приложение №8)



Основные нормативные документы, регламентирующие порядок проведения предрейсовых осмотров водителей автотранспортных средств. (Продолжение)

- **Положение об обеспечении безопасности дорожного движения в предприятиях, учреждениях, организациях, осуществляющих перевозки пассажиров и грузов. Утверждено приказом Минтранса России от 9 марта 1995 г. № 27.**
- **Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 января 2006 г. N 40 "Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ»**
- **Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 437-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон "О безопасности дорожного движения" и Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях по вопросам медицинского обеспечения безопасности дорожного движения«**
- **Постановление Правительства РФ от 30 июня 1998 г. N 681 "Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями)**



Федеральный закон от 23.07.2013 N 196-ФЗ «О внесении изменений в Кодекс РФ об административных правонарушениях и статью 28 Федерального закона «О безопасности дорожного движения»

"Статья 12.8. Управление транспортным средством водителем, находящимся в состоянии опьянения, передача управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии опьянения

Примечание. Употребление веществ, вызывающих алкогольное или наркотическое опьянение, либо психотропных или иных вызывающих опьянение веществ запрещается. Административная ответственность, предусмотренная настоящей статьей и частью 3 статьи 12.8 настоящего Кодекса, наступает в случае установленного факта употребления вызывающих алкогольное опьянение веществ, который определяется наличием абсолютного этилового спирта в концентрации, превышающей возможную суммарную погрешность измерений, а именно 0,16 миллиграмма на один литр выдыхаемого воздуха*, или в случае наличия наркотических средств или психотропных веществ в организме человека.";



"Статья 12.8. Управление транспортным средством водителем, находящимся в состоянии опьянения, передача управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии опьянения"



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

О внесении изменения в статью 12.8 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях

Принят Государственной Думой 23 марта 2018 года
Одобен Советом Федерации 28 марта 2018 года

Статья 1

Внести в примечание к статье 12.8 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, № 1, ст. 1; 2004, № 31, ст. 3229; 2007, № 31, ст. 4007; 2013, № 30, ст. 4029; 2015, № 1, ст. 81) изменение, заменив слова «воздуха, или в случае» словами «воздуха, или наличием абсолютного этилового спирта в концентрации 0,3 и более грамма на один литр крови, либо в случае».



2

Статья 2

Настоящий Федеральный закон вступает в силу по истечении девяноста дней после дня его официального опубликования.



Президент
Российской Федерации В.Путин

Москва, Кремль
3 апреля 2018 года
№ 62-ФЗ

Внести в примечание к статье 12.8 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях следующие изменения:
Заменив слова «воздуха, или в случае» словами «воздуха, или наличием абсолютного этилового спирта в концентрации 0,3 и более грамма на один литр крови, либо в случае»

"Статья 12.8. Управление транспортным средством водителем, находящимся в состоянии опьянения, передача управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии опьянения"

ДО

3 июля 2018 года

После

Примечание. Административная ответственность, предусмотренная настоящей статьей и частью 3 статьи 12.27 настоящего Кодекса, наступает в случае установленного факта употребления вызывающих алкогольное опьянение веществ, который определяется наличием абсолютного этилового спирта в концентрации, превышающей возможную суммарную погрешность измерений, а именно 0,16 миллиграмма на один литр выдыхаемого воздуха, или в случае наличия наркотических средств или психотропных веществ в организме человека.

Примечание. Административная ответственность, предусмотренная настоящей статьей и частью 3 статьи 12.27 настоящего Кодекса, наступает в случае установленного факта употребления вызывающих алкогольное опьянение веществ, который определяется наличием абсолютного этилового спирта в концентрации, превышающей возможную суммарную погрешность измерений, а именно 0,16 миллиграмма на один литр выдыхаемого воздуха, или наличием абсолютного этилового спирта в концентрации 0,3 и более грамма на один литр крови, либо в случае наличия наркотических средств или психотропных веществ в организме человека.

Показания 0,16 мг/литр в выдыхаемом воздухе, **приблизительно** равны 0,33 г/л в крови.



Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 15.12.2014г. №835н

"Об утверждении
Порядка проведения предсменных,
предрейсовых и послесменных,
послерейсовых медицинских осмотров"



от 15.12.2014г. №835н "Об утверждении

Порядка проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров"

- Предсменные, предрейсовые и послесменные, послерейсовые медицинские осмотры проводятся в отношении отдельных категорий работников в случаях, установленных Трудовым кодексом Российской Федерации, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации¹.
- ¹ Статья 213 Трудового кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 49, ст. 7031; 2013, N 48, ст. 6165; N 52, ст. 6986) (далее - ТК РФ), статья 23 Федерального закона от 10 декабря 1995 г. N 196-ФЗ "О безопасности дорожного движения" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1995, N 50, ст. 4873; 2013, N 52, ст. 7002) (далее - Федеральный закон от 10 декабря 1995 г. N 196-ФЗ).



Федерации
от 15.12.2015г. №835н "Об утверждении
Порядка проведения предсменных, предрейсовых и
послесменных, послерейсовых медицинских осмотров"

- Требование о прохождении обязательных предрейсовых и послерейсовых медицинских осмотров распространяется на индивидуальных предпринимателей в случае самостоятельного управления ими транспортными средствами².
- ² Пункт 4 статьи 23 Федерального закона от 10 декабря 1995 г. N 196-ФЗ.



от 15.12.2014г. №835н "Об утверждении

Порядка проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров"

- Предсменные, предрейсовые медицинские осмотры проводятся перед началом рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов, состояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обязанностей, в том числе алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и остаточных явлений такого опьянения³.
- 5. Послесменные, послерейсовые медицинские осмотры проводятся по окончании рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды и трудового процесса на состояние здоровья работников, острого профессионального заболевания или отравления, признаков алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения⁴.
- ⁴ Пункт 5 части 2 статьи 46 Федерального закона.



от 15.12.2014г. №835н "Об утверждении
Порядка проведения предсменных, предрейсовых и
послесменных, послерейсовых медицинских осмотров"

- Обязательные предрейсовые медицинские осмотры проводятся в течение всего времени работы лица в качестве водителя транспортного средства, за исключением водителей, управляющих транспортными средствами, выезжающими по вызову экстренных оперативных служб.
- Обязательные послерейсовые медицинские осмотры проводятся в течение всего времени работы лица в качестве водителя транспортного средства, если такая работа связана с перевозками пассажиров или опасных грузов⁵.
- ⁵ Пункт 3 статьи 23 Федерального закона от 10 декабря 1995 г. N 196-ФЗ.



от 15.12.2014г. №835н "Об утверждении
Порядка проведения предсменных, предрейсовых и
послесменных, послерейсовых медицинских осмотров"

- Предсменные, предрейсовые и послесменные, послерейсовые медицинские осмотры проводятся медицинскими работниками, имеющими высшее и (или) среднее профессиональное образование, медицинской организацией или иной организацией, осуществляющей медицинскую деятельность (в том числе медицинским работником, состоящим в штате работодателя⁷) (далее - медицинская организация) при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) по медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам (предсменным, послесменным).
- Организация проведения обязательных предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров возлагается на работодателя⁸.
- ⁸ Пункт 1 статьи 20 Федерального закона от 10 декабря 1995 г. N 196-ФЗ.



от 15.12.2014г. №835н "Об утверждении Порядка проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров"

- Предсменные, предрейсовые и послесменные, послерейсовые медицинские осмотры проводятся в следующем объеме:
- 1) сбор жалоб, визуальный осмотр, осмотр видимых слизистых и кожных покровов, общая термометрия, измерение артериального давления на периферических артериях, исследование пульса;
- 2) выявление признаков опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), остаточных явлений опьянений, включая проведение лабораторных и инструментальных исследований:
- количественного определения алкоголя в выдыхаемом воздухе;
- определения наличия психоактивных веществ в моче при наличии признаков опьянения и отрицательных результатах исследования выдыхаемого воздуха на алкоголь.



от 15.12.2014г. №835н "Об утверждении

Порядка проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров"

- При наличии признаков опьянения и отрицательных результатах исследования выдыхаемого воздуха на алкоголь проводится отбор мочи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 января 2006 г. N 40 "Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 февраля 2006 г., регистрационный N 7544) для определения в ней наличия психоактивных веществ.



Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ» (продолжение)

Рекомендации по отбору мочи:

Отбор мочи производится в условиях, исключающих возможность замены или фальсификации биологического объекта.

Моча собирается освидетельствуемым в стеклянный или пластмассовый градуированный сосуд с широким горлом объемом до 200 мл в количестве до 100 мл, но не менее 30 мл. Освидетельствуемый передает сосуд с мочой медицинскому персоналу. Сосуд с мочой накрывается покровной пластиной (крышкой).

В течение первых 5 минут проводится предварительное исследование мочи, включающее определение следующих показателей:

температуры (не более чем через 4 минуты после отбора мочи) стеклянным ртутным термометром (в норме температура находится в пределах 32,5-37,7 град. С);

рН с помощью универсальной индикаторной бумаги для определения рН мочи (в норме рН мочи в интервале 4-8 ед. рН);

относительной плотности (в норме относительная плотность в пределах 1.008-1.025);

содержания креатинина методом иммунной хроматографии - иммунохроматографическими тестами (в норме содержание креатинина 4,4-17,7 ммоль/сут).

Если при предварительном исследовании выявляется несоответствие указанных в настоящем пункте показателей их нормам, проводится повторный отбор мочи. Результаты предварительного исследования фиксируются в графе 9 Журнала регистрации отбора биологических объектов (учетная форма N 450/у-06).

Журнал регистрации отбора биологических объектов (учетная форма N 450/у-06)

№№ п/п	Дата и время поступления образцов	ОСВИДЕТЕЛЬСТВУЕМЫЙ				Наименование напра организации
		ФИО (полностью)	возраст	пол	вид деятельности	
1	2	3	4	5	6	7
2002	07.04.18	Максим Навилов	1996	м	н/р	ИИВРЭ
2008	07.04.18	Игорь Александрович	1976	м	н/р	ИИВРЭ
2014	08.04.18	Виталий Юревич	1991	м	н/р	ОР-1
2018	09.04.18	Павел Александрович	1995	м	н/р	ОР-1
2019	09.04.18	Михаил Антонович	1992	м	н/р	ОР-1
2023	09.04.18	Александр Владимирович	1986	м	н/р	ИИВРЭ ОР-1
2024	09.04.18	Артур Александрович	1989	м	н/р	ОР-1

Журнал регистрации отбора биологических объектов (учетная форма N 450/у-06)

36

Предварительный биологический диагноз	Результаты предварительного исследования	Объект, Объем (масса) пробы	Код пробы	Дата и время направления в ХТЛ	Примечание	Подпись освидетельствующего	Подпись сотрудника «кабинета»
8	9	10	11	12	13	14	15
популяция № 4/а	сф 400-рассеяны АМФ(+)	Моча ТЗ 100,0 + сунд. катиненов, сунд. катиненов	051625	06.04.18			
популяция № 4/а	сф 400-рассеяны 8тест(-)	Моча ТЗ 100,0 сунд. катиненов, сунд. катиненов	051927	06.04.18			
популяция № 4/а	0,00 м/л 8тест(-)	моча 100,0 н. кр.	051928	07.04.18			
популяция № 4/а	моча отриц	моча 4,33г	051023	06.04.18			
популяция № 4/а	моча отриц	Моча 4,34г	051924	07.04.18			
популяция № 4/а	моча отриц	Моча 4,33г	061929	07.04.18			



Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 18.12.2015г. №933Н

**Порядок проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения
(алкогольного, наркотического или иного токсического)**

V. Клинические признаки опьянения

I. Изменения психической деятельности

1. Неадекватность поведения, в том числе сопровождающаяся нарушением общественных норм, демонстративными реакциями, попытками диссимуляции.
2. Заторможенность, сонливость или возбуждение.
3. Эмоциональная неустойчивость.
4. Ускорение или замедление темпа мышления.

II. Изменения вегетативно-сосудистых реакций

5. Гиперемия или бледность, мраморность кожных покровов, акроцианоз.
6. Инъецированность склер, гиперемия или бледность видимых слизистых.
7. Сухость кожных покровов, слизистых или гипергидроз.
8. Учащение или замедление дыхания.
9. Тахикардия или брадикардия.
10. Сужение или расширение зрачков.
11. Вялая реакция зрачков на свет.



Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 18.12.2015г. №933н

**Порядок проведения медицинского освидетельствования на состояние
опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)**

III. Нарушения двигательной сферы

12. Двигательное возбуждение или заторможенность.
13. Пошатывание при ходьбе с быстрыми поворотами.
14. Неустойчивость в позе Ромберга.
15. Ошибки при выполнении координаторных проб.
16. Тремор век и (или) языка, рук.
17. Нарушения речи в виде дизартрии.



от 15.12.2014г. №835н "Об утверждении
Порядка проведения предсменных, предрейсовых и
послесменных, послерейсовых медицинских осмотров"

- В случае регистрации у работника отклонения величины артериального давления или частоты пульса проводится повторное исследование (не более двух раз с интервалом не менее 20 минут).



от 19.12.2014г. №855Н "Об утверждении Порядка проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров"

- По результатам прохождения предсменного, предрейсового и послесменного, послерейсового медицинского осмотра медицинским работником выносится заключение о:
 - 1) **наличии признаков** воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов, состояний и заболеваний, **препятствующих выполнению трудовых обязанностей**, в том числе алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и остаточных явлений такого опьянения (с указанием этих признаков);
 - 2) **отсутствии признаков** воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов, состояний и заболеваний, **препятствующих выполнению трудовых обязанностей**, в том числе алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и остаточных явлений такого опьянения.



Порядка проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров"

- В случае проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров медицинским работником, имеющим среднее профессиональное образование, при выявлении по результатам исследований, указанных в пункте 10 настоящего Порядка, нарушений в состоянии здоровья работника для вынесения заключений, указанных в подпунктах 1 пункта 12 настоящего Порядка, а также решения вопроса о наличии у работника признаков временной нетрудоспособности и нуждаемости в оказании медицинской помощи работник направляется в медицинскую организацию или иную организацию, осуществляющую медицинскую деятельность, в которой работнику оказывается первичная медико-санитарная помощь.



Журнал регистрации предрейсовых, предсменных медицинских осмотров и
Журнал регистрации послерейсовых, послесменных медицинских осмотров
Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 15
декабря 2014 г. N 835н г. Москва "Об утверждении Порядка проведения предсменных,
предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров"

дата и время проведения медицинского осмотра	фамилия, имя, отчество работника	пол работника	дата рождения работника	результаты исследований, указанных в пункте 10 настоящего Порядка	заключение о результатах медицинских осмотров в соответствии с пунктами 12 настоящего Порядка	подпись медицинского работника с расшифровкой подписи	подпись работника



от 15.12.2014г. №835н "Об утверждении Порядка проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров"

- Журналы ведутся на бумажном носителе, страницы которого должны быть прошнурованы, пронумерованы, скреплены печатью организации, и (или) на электронном носителе с учетом требований законодательства о персональных данных и обязательной возможностью распечатки страницы. В случае ведения Журналов в электронном виде внесенные в них сведения заверяются усиленной квалифицированной электронной подписью⁹.
- ⁹ Часть 3 статьи 19 Федерального закона от 6 апреля 2011 г. N 63-ФЗ "Об электронной подписи" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 15, ст. 2036; 2013, N 27, ст. 3463).



от 15.12.2014г. №835н "Об утверждении Порядка проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров"

- По результатам прохождения предрейсового медицинского осмотра при вынесении заключения, указанного в подпункте 1 пункта 12 настоящего Порядка, на путевых листах ставится штамп **"прошел предрейсовый медицинский осмотр, к исполнению трудовых обязанностей допущен"** и подпись медицинского работника, проводившего медицинский осмотр.



Форма штампа инспектора предрейсовых осмотров

Наименование предприятия (учреждения)
**«Прошел предрейсовый медицинский
осмотр, к исполнению трудовых обязанностей
допущен»**
«___»_____200__г.

(время) (Ф.И.О.медработника, подпись)

*Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 15 декабря 2014 г. N 835н г. Москва "Об утверждении Порядка проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров"



от 15.12.2014г. №835н "Об утверждении

Порядка проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров"

- По результатам прохождения послерейсового медицинского осмотра при вынесении заключения, указанного в подпункте 1 пункта 12 настоящего Порядка, на путевых листах ставится штамп **"прошел послерейсовый медицинский осмотр"** и подпись медицинского работника, проводившего медицинский осмотр.



Порядка проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров"

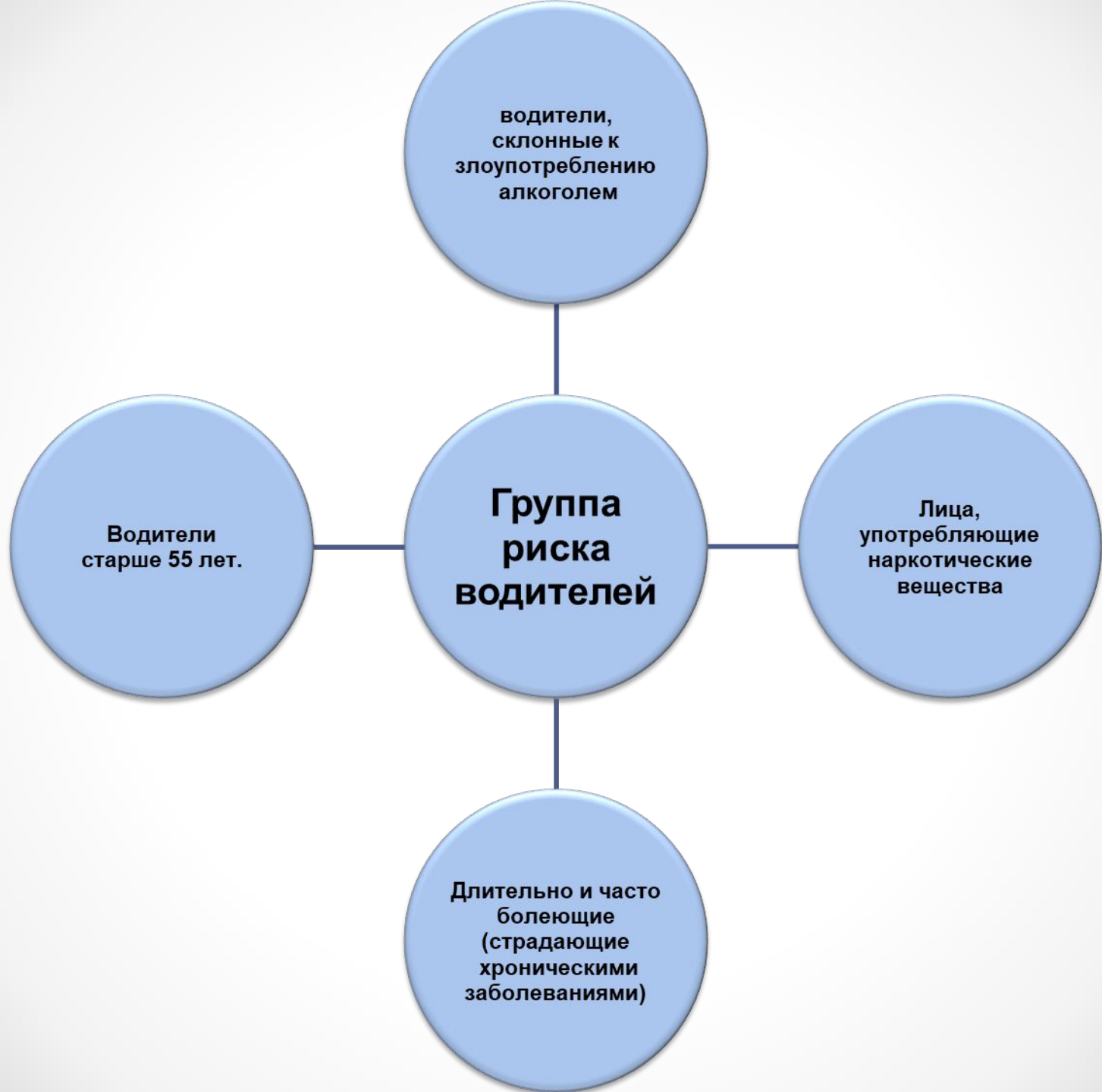
- В случае выявления медицинским работником по результатам прохождения предрейсового, предсменного и послерейсового, послесменного медицинского осмотра признаков, состояний и заболеваний, указанных в подпункте 1 пункта 12 настоящего Порядка, работнику выдается справка для предъявления в соответствующую медицинскую организацию.
- В справке указывается порядковый номер, дата (число, месяц, год) и время (часы, минуты) проведения предрейсового, предсменного или послерейсового, послесменного медицинского осмотра, цель направления, предварительный диагноз, объем оказанной медицинской помощи, подпись медицинского работника, выдавшего справку, с расшифровкой подписи.
- Медицинская организация обеспечивает учет всех выданных справок.



от 15.12.2014г. №835н "Об утверждении

Порядка проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров"

- О результатах проведенных предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров медицинский работник сообщает работодателю (уполномоченному представителю работодателя).





Особенности допуска к работе водителей «группы риска»

- Водители, вошедшие в «группу риска», должны подвергаться текущим и послерейсовым медицинским осмотрам и находиться под особым вниманием медицинских работников.
- Порядок проведения текущих и послерейсовых медицинских осмотров устанавливается руководителями организаций.



Особенности допуска к работе водителей, склонных к злоупотреблению наркотиками

- В статье 54 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах» установлено, что наркологическая помощь больным наркоманией оказывается по их просьбе или с их согласия, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.
- Для проведения обследования водителя на предмет содержания в организме наркотических веществ, необходимо его согласие, которое должно быть оформлено в письменной форме. Согласие на это обследование может быть предусмотрено в трудовом договоре или в отдельном документе



Утомление

- Утомление у водителей обнаруживается уже на 4-5 час работы, явно ощущается к 6-8 часам и к концу 9 часов уже требуются огромные усилия, чтобы поддерживать работоспособность для безопасной езды. Вероятно, поэтому около 54% всех дорожных происшествий связаны с переутомлением, а каждое пятое из них оборачивается смертельным исходом.
- Особенно опасно недосыпание. Если водитель перед поездкой спал всего 6 часов, то к концу смены его работоспособность оказывается вдвое ниже по сравнению с теми, кто приступил к работе после полноценного отдыха.



Организация проведения предрейсовых медицинских осмотров водителей автотранспортных средств

**Предрейсовый
медицинский осмотр
производится перед
выездом на линию.**



Приказ Минтранса РФ от 18 сентября 2008 г. N 152 «Об утверждении обязательных реквизитов и порядка заполнения путевых листов»

Путевой лист должен содержать следующие обязательные реквизиты:

- 1) наименование и номер путевого листа;
- 2) сведения о сроке действия путевого листа;
- 3) сведения о собственнике (владельце) транспортного средства;
- 4) сведения о транспортном средстве;
- 5) **сведения о водителе.**



Порядок оформления путевого листа

Приказ Минтранса РФ от 18 сентября 2008 г. N 152 «Об утверждении обязательных реквизитов и порядка заполнения путевых листов»

Дата и время проведения предрейсового и послерейсового медицинского осмотра водителя проставляются медицинским работником, проводившим соответствующий осмотр, и заверяются его штампом и подписью с указанием фамилии, имени и отчества.



Требования к кабинету предрейсовых медосмотров водителей

Комната для отбора биологических проб

Комната для проведения осмотров



Оснащение кабинета предрейсовых осмотров

- кушетка медицинская;
- письменный стол, стулья, настольная лампа, шкаф для одежды, вешалка для верхней одежды, напольный коврик, сейф;
- прибор для определения артериального давления -2 шт., термометр -3 шт., стетофонендоскоп -2 шт.;
- прибор для определения паров спирта в выдыхаемом воздухе - 2 шт.;
- экспресс-тесты на наркотики. Постоянный запас в количестве 10 шт.;
- столик для медицинского оборудования - 1 шт.;
- шпатели медицинские - 10 шт.;
- сумка с набором медикаментов для оказания неотложной медицинской помощи - 1 шт.
- Помещение должно быть оборудовано средствами связи

* (Методические рекомендации «Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения. Организация и порядок проведения предрейсовых медицинских осмотров водителей транспортных средств (утверждены Минздравом РФ и Минтрансом РФ 29.01.02г.);)



Основания для отстранения от работы водителей автотранспортных средств

- наличие симптомов острого заболевания или обострения хронического заболевания (повышение температуры тела свыше 37 0С, жалобы на плохое самочувствие, общую слабость, головную боль и зубную боль, острые заболевания глаз, боли в области уха, грудной или брюшной полости и т.п.);
- повышение или урежение частоты сердечных сокращений и изменения артериального давления выше или ниже уровней, характерных для осматриваемого водителя;
- нахождение под действием спиртных напитков или других средств (наркотических и психотропных препаратов или токсикантов), нарушающих функциональное состояние. В этом случае медицинский работник, проводящий предрейсовый медицинский осмотр, обязан провести контроль трезвости водителя.

• *(Методические рекомендации «Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения. Организация и порядок проведения предрейсовых медицинских осмотров водителей транспортных средств (утверждены Минздравом РФ и Минтрансом РФ 29.01.02г.);



Особенности допуска к работе водителей, находящихся в болезненном состоянии

1. Отстраненные от работы по состоянию здоровья водители направляются в дневное время к дежурному врачу поликлиники. Врач поликлиники, признав отстраненного от работы водителя временно нетрудоспособным, выдает ему больничный лист в установленном порядке. Если же врач признает его трудоспособным, то выдает справку об отсутствии противопоказаний для допуска к работе.
2. В том случае, если отстранение водителя от работы связано с временной утратой трудоспособности и произошло в вечернее или ночное время, когда в поликлинике нет приема, медицинский работник, оказав первую помощь, предлагает работнику явиться на следующий день в поликлинику, а в случае необходимости - вызвать врача на дом. При этом он выдает водителю справку за своей подписью. В справке указывается час освобождения от работы, приводятся краткие данные о характере заболевания или травмы, о температуре тела и т.д. Справка составляется в произвольной форме.



Организация и порядок контроля трезвости водителей автотранспортных средств при проведении предрейсовых медицинских осмотров

1. Контроль трезвости водителя автотранспортных средств проводится:
 - при выявлении во время предрейсовых медицинских осмотров признаков употребления водителем алкоголя,
 - наркотических средств и других психоактивных веществ или состояния опьянения.

*(Методические рекомендации «Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения. Организация и порядок проведения предрейсовых медицинских осмотров водителей транспортных средств (утверждены Минздравом РФ и Минтрансом РФ 29.01.02г.);)



Тактика проведения контроля трезвости водителя

1. При проведении контроля трезвости для определения состояния осматриваемый водитель в обязательном порядке должен быть подвергнут клиническому обследованию
2. должна быть проведена лабораторная диагностика биологических сред (выдыхаемый воздух и моча).
3. Забор крови категорически запрещен.

*(Методические рекомендации «Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения. Организация и порядок проведения предрейсовых медицинских осмотров водителей транспортных средств (утверждены Минздравом РФ и Минтрансом РФ 29.01.02г.);)



Протокол контроля трезвости водителя транспортного средства

1. Фамилия, имя и отчество _____
где и кем работает _____
кем и когда (точное время) направлен на обследование _____
 2. Особенности поведения обследуемого: возбужден, раздражен, агрессивен, эйфоричен, болтлив, замкнут, сонлив и т.п. _____
 3. Жалобы _____
 4. Кожный покров:
 - а) окраска _____
 - б) наличие повреждений, расчесов, следов от инъекций, «дорожек» по ходу поверхности вен _____
 5. Состояние слизистых глаз и склер _____
 6. Зрачки: расширены, сужены, как реагируют на свет _____
Частота дыхательных движений _____
пульс _____ артериальное давление _____
 8. Особенности походки (шаткая, разбрасывание ног при ходьбе) _____
Точность движения (пальценосовая проба) _____ Дрожание пальцев рук, век _____
 9. Наличие запаха алкоголя или другого вещества изо рта _____
 10. Данные лабораторного исследования:
 - а) на алкоголь:
-выдыхаемый воздух (алкометр) _____
 - б) на наркотические средства:
-экспресс-тесты мочи _____
 11. Заключение _____
- Подпись медицинского работника _____



**Протокол тестирования
иммунохроматографическим экспресс-тестом
содержания наркотических веществ в моче**

" ___ " _____ 200_ г.

1. Фамилия, имя, отчество _____

_____ Год рождения _____

Наименование организации _____

Дата и время тестирования _____

Кто проводил тестирование _____

2. Сведения об экспресс-тесте:

а) фирма изготовитель _____

б) срок годности экспресс-теста до _____

в) серия и номер экспресс-теста _____

3. Причина тестирования: подозрение на наркотическое опьянение, наличие свежих следов инъекций и др. (указать причину) _____

4. Результат тестирования на наличие наркотического вещества в моче:
положительный (ненужное зачеркнуть) отрицательный

Результат подтверждаю:

Медицинский работник _____

5. Запись тестируемого об ознакомлении с результатами тестирования:

(исследование моей мочи произведено в моем присутствии, с результатами
ознакомлен) (дата) (время) (подпись обследуемого)

* (Методические рекомендации «Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения. Организация и порядок проведения предрейсовых медицинских осмотров водителей транспортных средств (утверждены Минздравом РФ и Минтрансом РФ 29.01.02г.);)



Основания для направления на врачебное освидетельствование

- При неясной или неполной клинической картине опьянения,
- сомнительных результатах лабораторного исследования,
- противоречивости данных клинического и лабораторного обследования,
- несогласии испытуемого с заключением проведенного контроля трезвости.

Лица, подлежащие врачебному освидетельствованию в медицинских учреждениях, должны быть доставлены к месту его проведения как можно быстрее, но не позднее 2-х часов с момента выявления нетрезвого состояния (состояния наркотического опьянения).

• *(Методические рекомендации «Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения. Организация и порядок проведения предрейсовых медицинских осмотров водителей транспортных средств (утверждены Минздравом РФ и Минтрансом РФ 29.01.02г.);)



в медицинское учреждение на установление факта употребления алкоголя или наркотических средств

- Ф.И.О. водителя, направляемого на освидетельствование _____
- Место работы, должность _____
- Причина направления на освидетельствование _____
- Дата и время выдачи направления _____
- Должность лица, выдавшего направление _____
- Подпись должностного лица, выдавшего направление _____
- *Приложение:* протокол контроля трезвости.



Технология экспресс-тестирования мочи на наркотики

- Забор мочи объемом 30-50 мл производят в сухой флакон в присутствии медработника,
- Анализ проводят сразу же после забора мочи. С этой целью стрип-полоска или мультитест погружаются вертикально в мочу не выше обозначенной отметки,
- Результат считывается не ранее чем через 10 минут и не позднее, чем через 15 минут после начала анализа,
- Результаты тестирования оформляются протоколом.



- В целях исключения фальсификации биологического объекта (мочи) в течение первых пяти минут после его отбора проводится измерение:
- Температуры биологического объекта (мочи) с помощью бесконтактного устройства с автоматической регистрацией результатов измерения (в норме температура должна быть в пределах 32,5 - 39,0 °С);
- рН с помощью рН-метра или универсальной индикаторной бумаги (в норме рН должен быть в пределах 4 - 8);;
- относительной плотности (в норме относительная плотность в пределах 1.008 - 1.025);
- содержания креатинина методом иммунной хроматографии (в норме содержание креатинина должно быть в пределах 4,4 - 17,7 ммоль/сут).



Способы и устройства для определения алкоголя в выдыхаемом воздухе

- Применяемые в этих случаях как индикаторные, так и измерительные технические средства, должны быть зарегистрированы и разрешены для этой цели Министерством здравоохранения Российской Федерации.
- При этом измерительные средства должны быть поверены в установленном Государственным комитетом Российской Федерации по стандартизации и метрологии порядке, а их тип внесен в Государственный реестр средств измерений (средства измерения медицинского назначения -СИМН). В процессе эксплуатации указанные средства измерения должны подвергаться поверки с периодичностью, установленной Государственным комитетом Российской Федерации.



Способы и устройства для определения алкоголя в выдыхаемом воздухе

На сегодняшний день из 12 зарегистрированных в Федеральном информационном фонде по обеспечению единства измерений и имеющих действующее свидетельство об утверждении типа, запись результатов на бумажном носителе обеспечивают анализаторы паров этанола в выдыхаемом воздухе следующих моделей:

- Alcotest 6820, Alcotest 6810 производитель "Drager Safety AG & Co. KGaA", Германия; ориентировочная цена – 90 000 р.
- SAF'IR EVOLUTION , производитель Alcohol Countermeasure Systems (International) Inc., Канада;
- АЛКОТЕКТОР PRO-100 touch-K, производитель "Shenzhen Well Electric Co., Ltd.", Китай;
- АЛКОТЕКТОР PRO-100 touch-M, производитель "Shenzhen Well Electric Co., Ltd.", Китай;
- Lion Alcolmeter мод. SD-400P, Lion Alcolmeter 500 производитель "Lion Laboratories Ltd.", Великобритания; ориентировочная цена – 80 000 р.
- АЛКОТЕКТОР в исп. Юпитер, Юпитер-К, Юпитер-П, производитель ООО «АЛКОТЕКТОР», Россия; ориентировочная цена – 70 000 р
- АКПЭ-01-Мета, производитель ООО "Национальные Системы Контроля", Россия.

Характеристика этанола

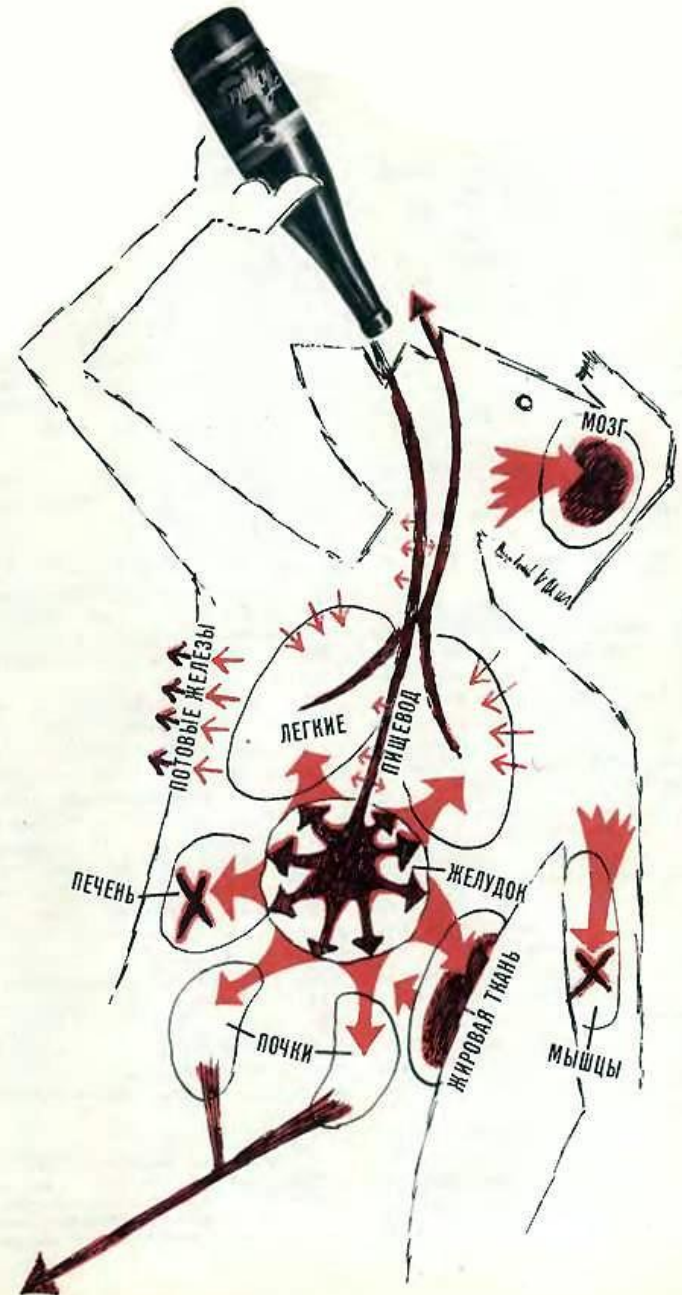
- Этиловый спирт – алкоголь $C_2H_5 - OH$ (син.: винный спирт, этанол, этиловый алкоголь) представляет собой бесцветную, прозрачную, летучую, легко воспламеняющуюся жидкость нейтральной реакции, жгучего вкуса, с острым характерным запахом, горящую некоптящим малосветящимся пламенем. Удельный вес 95° спирта 0,813 – 0,816, температура кипения $77- 78,5^\circ$. Он легко смешивается с водой и органическими растворителями во всех соотношениях.
- Алкоголь быстро проникает через кожу и слизистые оболочки, блокирует проведение нервных импульсов, вызывая анестезию. В ротовой полости даже в слабых концентрациях алкоголь вызывает гиперемию, гиперсаливацию.
- Этиловый алкоголь обладает высокой гидрофильностью и при попадании в организм распределяется по всем тканям и органам, пропорционально содержанию в них воды.

Фармакокинетика алкоголя.

В алкогольном опьянении выделяют фазу всасывания (резорбции), во время которой концентрация алкоголя в тканях организма быстро возрастает, и фазу окисления и выведения алкоголя (элиминации), характеризующуюся тем, что концентрация алкоголя с постоянной скоростью уменьшается.

Когда человек выпивает алкогольный напиток – такой, например как пиво, вино, водку - жидкость достаточно быстро поступает из полости рта в пищевод, желудок, двенадцатиперстную кишку и, в конце концов, в тонкий кишечник. Из желудка жидкость попадает в верхнюю часть тонкого кишечника – двенадцатиперстную кишку, где в основном и происходит процесс всасывания алкоголя в кровь. Легко проницаемые стенки двенадцатиперстной кишки буквально усеяны кровяными сосудами, что позволяет питательным веществам из усвоенной пищи легко всасываться и уноситься кровотоком.

- На протяжении всего времени, пока человек пьет алкогольный напиток, алкоголь проникает в его кровеносную систему. Таким образом, концентрация алкоголя в крови индивида постоянно растет. Даже когда человек выпил свою последнюю порцию алкогольного напитка, алкоголь все еще присутствует в его желудке и кишечнике.
- Таким образом, **фаза всасывания алкоголя** в кровь, или, как ее еще называют, **фаза резорбции**, продолжается еще некоторое время после того, как человек перестал потреблять алкоголь. Если желудок и кишечник не содержат в себе твердой пищи, тогда поступивший в человеческий организм алкоголь быстро вступает в контакт со стенками кишечника, и всасывание происходит беспрепятственно. Под влиянием такого фактора стадия всасывания может продолжаться около тридцати минут до своего полного завершения, начиная с того момента, как человек закончил потреблять алкоголь. Если одновременно еще и происходит принятие твердой пищи – всасывание замедляется, и фаза продолжается до 1,5 часов.

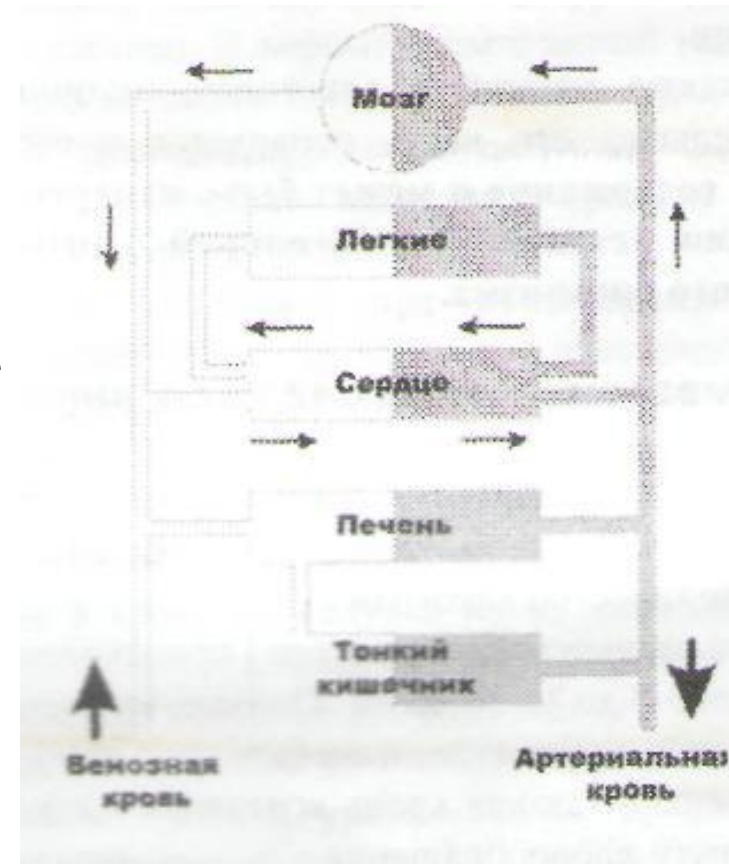


Фармакокинетика алкоголя. (продолжение)

Протекая по мелким капиллярам двенадцатиперстной кишки, поток крови вбирает в себя молекулы алкоголя вместе с другими абсорбируемыми субстанциями, которые могут присутствовать в пищеварительном тракте, а затем попадает в воротную вену, подходящую к печени.

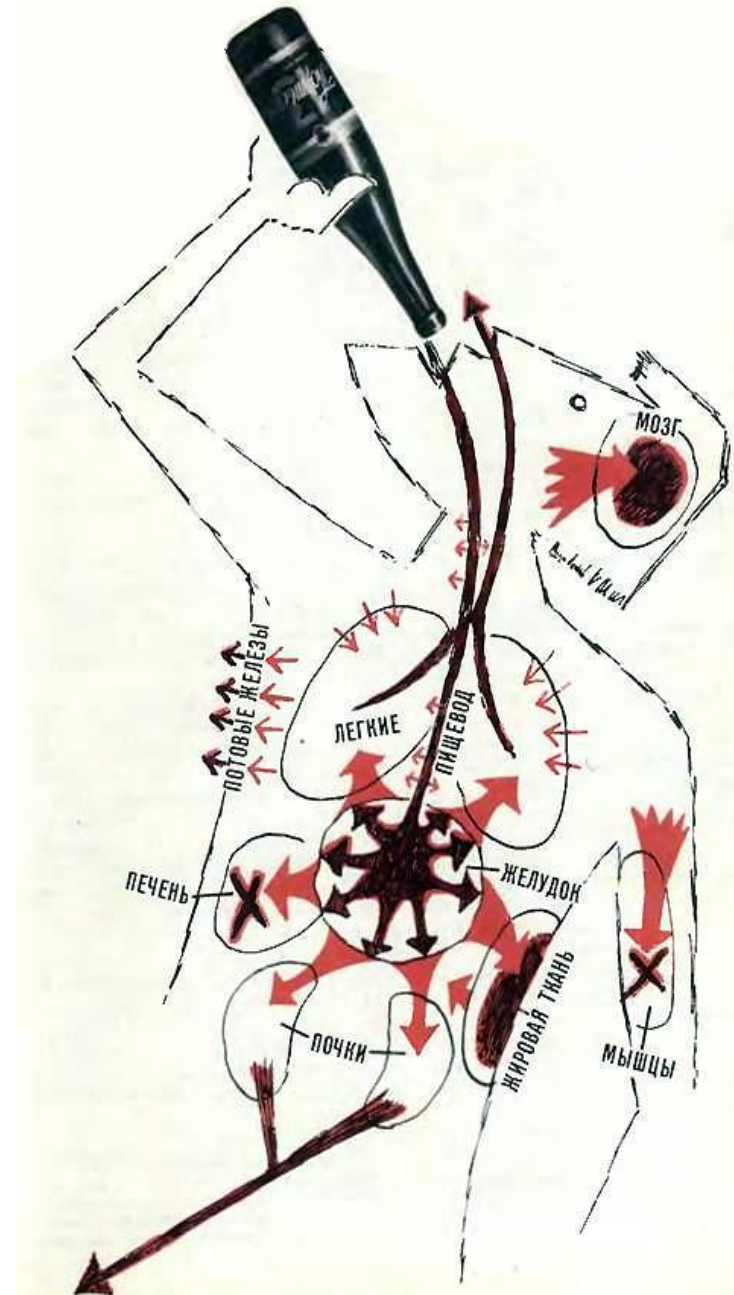
Небольшая часть молекул алкоголя расщепляется в печени. Остальные молекулы продолжают свое путешествие по кровеносной системе человека. Покинув печень, кровь устремляется в правую половину сердца. Сокращение сердечной мышцы выталкивает венозную кровь в область легких по малому-кругу кровообращения. Далее насыщенная кислородом артериальная кровь возвращается в левую половину сердца, для того чтобы вновь быть выброшенной в дальнейший путь по человеческому организму через аорту. По пути, как известно, кровь насыщает кислородом все человеческие органы. Кровоток устремляется ко всем органам, насыщая молекулами алкоголя те ткани, которые содержат воду. Когда алкоголь достигает мозга, он вызывает торможение - **депрессию** - нормальных процессов в организме. что выражается в характерных симптомах алкогольной интоксикации.

Кровь также насыщает алкоголем легочные ткани, откуда небольшая его часть испаряется в выдыхаемый воздух. **Это содержание и может быть измерено с целью установления степени алкогольной интоксикации человеческого организма.**



Фармакокинетика алкоголя. (продолжение)

- Покинув двенадцатиперстную кишку, кровь устремляется к печени, где в каждом цикле кровообращения теряет небольшое количество алкоголя. Этот процесс расщепления алкоголя происходит довольно медленно - от 5-8 до 24-36 часов. Однако, в конечном счете, около девяноста процентов потребленного алкоголя будет усвоено печенью, так как кровь возвращается в печень по большому кругу кровообращения
- Оставшиеся десять процентов алкоголя выводятся непосредственно почками (с мочой), легкими (при дыхании), а также через кожу (с потом). Значение диуреза для выведения алкоголя невелико. В первые часы с мочой выделяется 1-2 % введенного алкоголя. Однако обильное питье или прием мочегонных при употреблении спиртного способствует снижению концентрации алкоголя в крови и ослаблению общих проявлений опьянения.
- В печени алкоголь под воздействием ферментов алкогольдегидрогеназы и, далее, ацетальдегиддегидрогеназы, подвергается химическому расщеплению, приводя к образованию диоксида углерода, который насыщает кровь и выделяется из организма с выдыхаемым воздухом.



Фармакокинетика алкоголя. (продолжение)

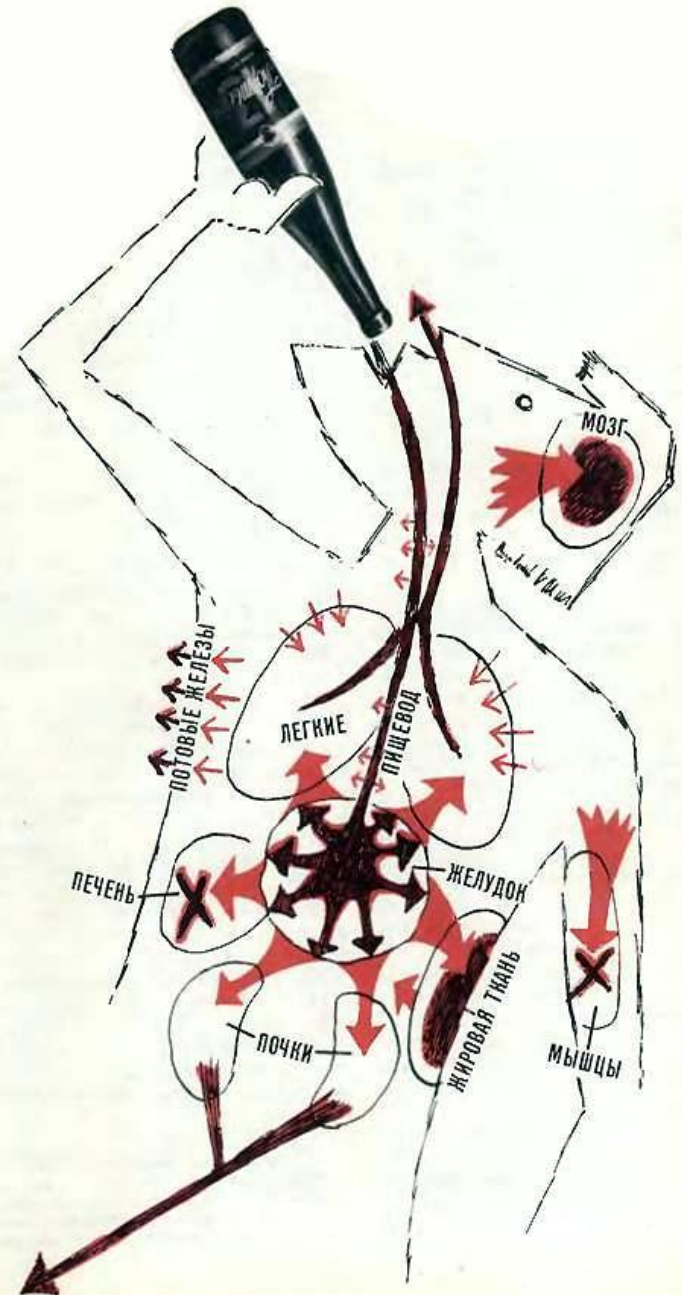
Эта фаза алкогольного метаболизма, известная как **фаза** вывода алкоголя из организма или, как ее еще называют, **фаза элиминации(окисления)**, продолжается до тех пор, пока весь потребленный алкоголь не покинет человеческий организм.

Когда фаза всасывания алкоголя в кровь завершена, скорость снижения уровней алкоголя в крови и в дыхании определяется скоростью, с которой печень выводит алкоголь из кровотока. Разумеется, этот темп учитывает выход алкоголя из организма с мочой, дыханием и потом.

Окисление и выведение алкоголя происходит медленнее, чем всасывание, и с более постоянной скоростью.

Скорость, с которой печень выводит алкоголь из крови человека, варьирует от человека к человеку, и даже у одного и того же человека в зависимости от обстоятельств. Однако средняя величина скорости снижения концентрации алкоголя в крови в основном составляет **от 0,1 до 0.16 ‰ (промилле) в час**.

Это означает, что в практике предрейсовых осмотров водителей или проверок ГИБДД на дорогах возможны, ситуации, когда невысокий уровень алкоголя в дыхании человека, измеренный с помощью алкометра, может снизиться до нуля за время, прошедшее между первичным осмотром человека и медицинским освидетельствованием на состояние опьянения в медицинском учреждении. Причиной тому служат процессы метаболизма алкоголя в организме человека.



Фармакокинетика алкоголя. (продолжение)

Уровни концентрации алкоголя в крови и в выдыхаемом воздухе.
Коэффициенты кровь-дыхание (коэффициент пересчета)

Страна	Принятые единицы измерения концентрации алкоголя в крови	Эмпирический коэффициент кровь/ выдыхаемый воздух
Австралия	%	2100:1
Австрия	Объемная промилле*	2000:1
Бельгия	Объемная промилле	2300:1
Великобритания	мг/100 мл	2300:1
Венгрия	Весовая промилле**	2100:1
Германия	Весовая промилле	2100:1
Норвегия	Весовая промилле	2100:1
Португалия	Весовая промилле	2300:1
Россия	Объемная промилле	2100:1
США	%	2100:1
Франция	Объемная промилле	2000:1
Чехия	Весовая промилле	2100:1
Швейцария	Весовая промилле	2100:1

Факторы, влияющие на степень, скорость наступления, длительность алкогольного опьянения

- **Качество выпитого алкогольного напитка и его крепость;** Более крепкие напитки дают более высокую концентрацию алкоголя в биологических средах. Однако, так как очень крепкие напитки могут раздражать стенки желудка и задерживать открытие клапана-привратника, регулирующего дальнейшее поступление содержимого из желудка в двенадцатиперстную кишку, такие напитки, как, например, водка, коньяк, виски (обычная концентрация алкоголя - не менее 40%) всасываются в кровь медленнее, чем алкогольные напитки средней крепости. Быстрее всего попадают в кровь напитки средней крепости с концентрацией алкоголя около 15-20%. Различные сорта пива малой крепости (обычно четырех- или пятипроцентные) так же всасываются в кровь довольно медленно из-за сравнительно большего содержания в них воды. Напитки, потребляемые в качестве аперитивов, как правило, обладают крепостью порядка 15-20%. Это позволяет им быстрее всего проникать в кровоток, вызывая аппетит и выделение желудочных соков, способствующих пищеварению
- **Время, в течение которого была принята доза алкоголя;** Если пьют сразу много и быстро следующими одна за другой порциями, то достигается более высокая концентрация алкоголя в организме, а картина опьянения более выраженная, чем в случаях, когда пьют медленно и мелкими порциями. Таким образом, чем более растянут во времени процесс потребления алкоголя, тем ниже в результате уровень его концентрации в организме человека при прочих равных условиях.
- **Вес.** Примерно две трети человеческого тела составляет вода. Потребленный алкоголь разносится кровотоком и равномерно распределяется в этой воде. Чем больше тело, тем больше воды оно содержит, для того чтобы «разбавить» выпитый алкоголь, и тем ниже в результате концентрация
- **Возраст.** Пожилые люди, как правило, обладают уже ослабленным здоровьем и истощенным организмом. Спиртное в их теле будет перерабатываться и выходить гораздо дольше, чем у молодых и полных сил личностей.

Факторы, влияющие на степень, скорость наступления, длительность алкогольного опьянения

- **Индивидуальная переносимость** (толерантность) алкогольных напитков;
- **Количество и качество принятой пищи;** Присутствие пищи в желудке так же влияет на максимальный уровень алкоголя в организме, который может, быть, достигнут при потреблении определенного количества алкогольного напитка. Если желудок и двенадцатиперстная кишка не содержат в себе твердой пищи, алкоголь быстрее входит в соприкосновение со стенками, через которые всасывается в кровь. Присутствие пищи в желудке и двенадцатиперстной кишке препятствует всасыванию алкоголя через стенки пищевода и, таким образом, уменьшает достижимый максимальный уровень алкоголя в организме. При употреблении жирной пищи всасывание в шесть раз дольше, чем натощак.
- **Температура** окружающего воздуха и других условий, в которых употреблялись спиртные напитки;
- **Физическое и психическое состояние человека** в момент употребления алкогольных напитков (усталость, недосыпание, простуда, соматические, нервные и психические заболевания) и др.

Влияние алкоголя на организм человека

Алкоголь распространяется по всему организму, растворяясь в жидкой составляющей различных органов и тканей. Вместе с кровью алкоголь поступает в мозг, где оказывает существенное влияние на нейрохимические процессы. Алкоголь воздействует на центральную нервную систему как депрессант.

Алкоголь замедляет процессы, происходящие в высших центрах головного мозга, способствуя внешнему проявлению симптомов алкогольной интоксикации, таких как:

- Нарушение тонкой координации движений;
- потеря способности удерживать равновесие;
- потеря способности ориентироваться в пространстве;
- нарушение слуха;
- ослабление внимания, памяти;
- рассеянность



Влияние алкоголя на организм человека

Результат воздействия на зрение человека может проявляться в виде:

- сужения периферийного поля зрения (эффект туннельного зрения),
- черно-белого зрения;
- агрессивной реакции на ослепляющий свет;
- необходимости более длительной адаптации к изменению в освещении;
- неправильном восприятии скорости и расстояния;
- ухудшение цветовосприятия, особенно различения красного цвета;
- ухудшение сумеречного зрения.



КЛИНИКА АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ.

Определение

- Под алкогольным опьянением понимают симптомокомплекс психических, неврологических и соматических расстройств, возникающих вследствие острого психотропно-токсического действия алкоголя (этилового спирта).

Функциональная оценка концентрации алкоголя в крови.

Степень влияния алкоголя на организм человека зависит, прежде всего, от его концентрации в крови, показателем которой является его концентрация в анализируемой пробе глубокого альвеолярного воздуха.

Содержание алкоголя в крови (‰)	Функциональная оценка
0,33—1,5	Легкая степень алкогольного опьянения
1,5—2,5-3	Опьянение средней степени
3 — 5	Тяжелое отравление алкоголем, может наступить смерть
5 — 6 и более	Смертельное отравление

Отношение между уровнем алкогольной концентрации и степенью влияния алкогольной интоксикации для обычного человека

Концентрация алкоголя выдыхаемом воздухе , мг/л	Степень влияния	Симптомы
0 - 0.20	Трезвость	Очевидных проявлений нет, но человек может быть излишне разговорчивым и быть в хорошем настроении.
0.15-0.50	Эйфория	Повышенная самоуверенность и игнорирование запретов. Невнимательность, безрассудность и недостаточный контроль из-за плохой координации и замедленного чувственного восприятия.
0.40-1.00	Возбуждение	Эмоциональная нестабильность и недостаток рассудительности. Нечеткость восприятия и координации (следовательно, шатающаяся походка). Замедленная реакция, возможно проявление тошноты и/или сильного желания прилечь.

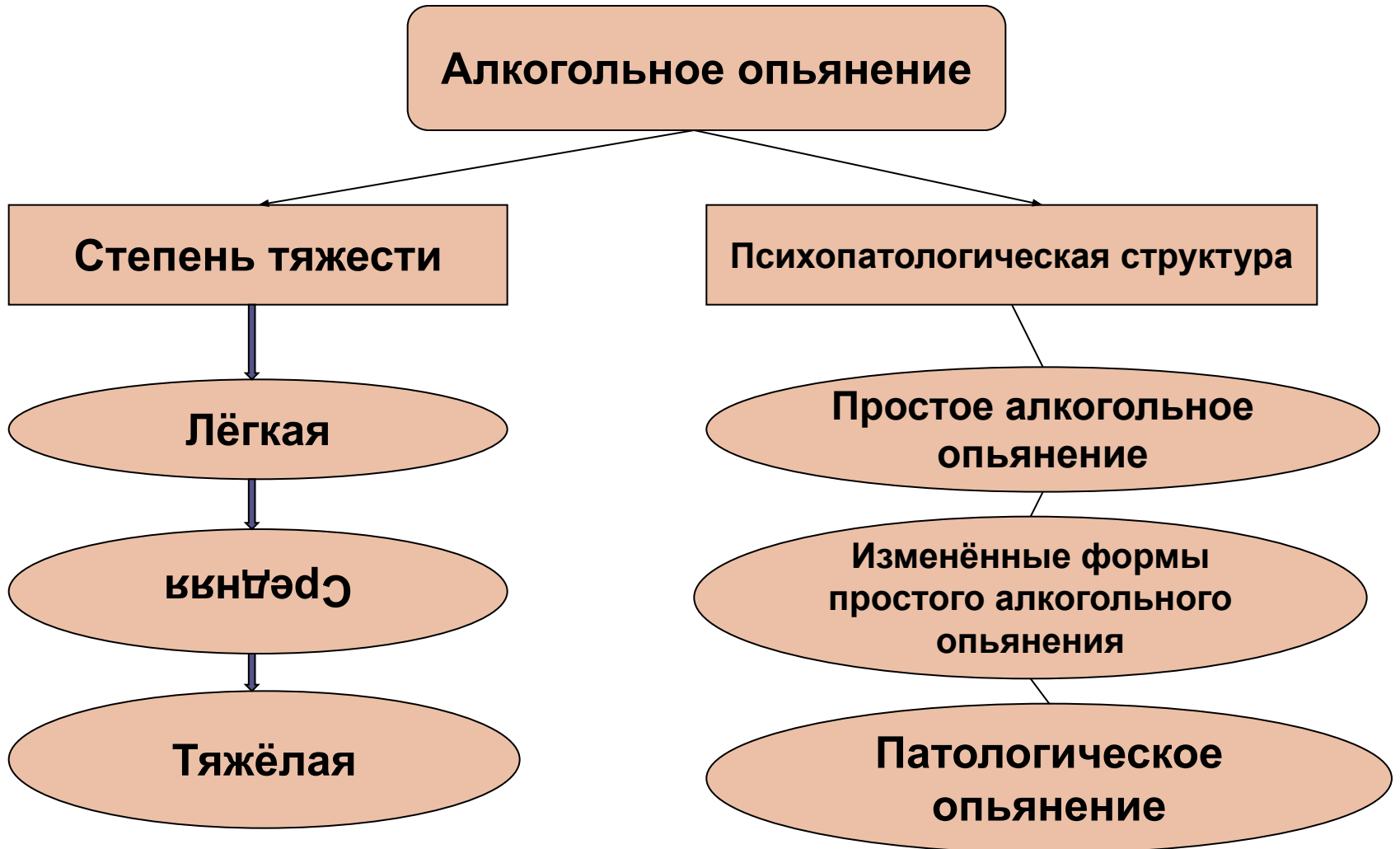
Отношение между уровнем алкогольной концентрации и степенью влияния алкогольной интоксикации для обычного человека (продолжение)

Концентрация алкоголя выдыхаемом воздухе , , мг/л	Степень влияния	Симптомы
0.70-1.20	Замешательство	Дезориентация. умственное помешательство и головокружение. Обостренные страх, злость и горе. Потеря способности правильно различать цвета, воспринимать формы, движение и измерение. Притуплённое чувство боли. Неспособность держать баланс и невнятная речь. Возможна кома.
1.10-1.60	Оцепенение	Апатия, общая вялость, которая может перерасти в паралич. Отмечающееся отсутствие реакции на возбудители. Неспособность стоять и ходить. Рвота, недержание мочи и кала. Кома, сон или оцепенение.
1.50-2.00	Кома	Потеря сознания и кома. Подавленные или отсутствующие рефлексy. Гипотермия (пониженная температура). Поражение кровообращения и дыхания. Возможен летальный исход.
1.90 +	Смерть	Летальный исход из-за паралича дыхательных путей.

Влияние алкоголя на организм или "индивидуальная доза" тесно связаны с концентрацией его в крови



Проявления острой интоксикации алкоголем



Легкая степень алкогольного опьянения.

а) Субклиническая фаза.

- В субъективных ощущениях выявляется легкая приподнятость настроения, облегчение контакта с окружающими, некоторое усиление аппетита, ощущение тепла в эпигастральной области, обусловленные наличием малых концентраций алкоголя в жидких средах и тканях организма.
- Биохимические, газохроматографические пробы на алкоголь при этом положительные.

Легкая степень алкогольного опьянения.

б) Гипоманиакальная фаза.

- Данное состояние алкогольной интоксикации развивается после приема практически здоровыми лицами небольших доз алкогольных напитков: 50—100 мл 40% водки или другого крепкого напитка, 200—400 мл 14—18% вина или 1 л 2—3% пива .
- Наблюдается легкое идеомоторное возбуждение: повышенное настроение, усиление жестикуляции и двигательной активности (до легкой расторможенности), ускорение ассоциативных процессов, облегчение вербального контакта с окружающими. Имеет место иллюзорное (в сторону позитивного) восприятие внешнего мира, ощущение психического и физического комфорта, довольство собой, неадекватное ощущение улучшения умственных возможностей - прилива, тепла, силы, бодрости, повышенной работоспособности, снятия усталости, легкого (приятного) головокружения.
- Исчезает стеснительность, скованность, напряженность, подавляется тревога и волнение (транквилизирующее действие алкоголя). Повышается речевая активность в форме многословности, многоречивости иногда до назойливости, хвастливости, благодушия, гиперболизации, лживости. Речь при этом четкая, громкая, несколько ускоренная, но осмысленная. Тематика разговоров легко меняется. Мимические реакции утрированно выразительны. Наблюдается поддающаяся коррекции легкая переоценка своих сил и возможностей, беспечность, отвлекаемость, ориентировка в месте, времени, окружающих лицах и собственной личности сохранена. Повышается аппетит, либидо, растормаживаются низшие эмоции

Легкая степень алкогольного опьянения. (Продолжение)

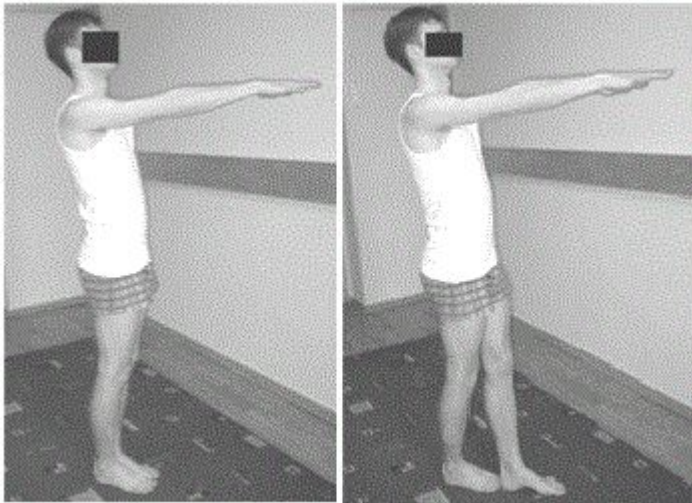
Гипоманиакальная фаза:

- Выраженная вегетативная симптоматика: гиперемия (реже побледнение) кожи лица, инъектированность склер, блеск глаз, гиперсаливация, усиление аппетита, учащение пульса и дыхания. Уменьшаются тактильные и болевые ощущения, повышается порог восприятия звуковых, зрительных (в т. ч. и цветовых) раздражителей.
- В выдыхаемом воздухе ощущается запах алкоголя,
- Наиболее существенным при этой стадии опьянения являются: ухудшение четкости воспроизведения сложных профессиональных и бытовых навыков. Повышается порог восприятия зрительного и слухового ощущения, тактильных и болевых раздражений. Нарушаются точные координационные движения и пробы (начертание на бумаге простейших геометрических фигур, поднятие с пола монеты, спички, застегивание мелких пуговиц, шнурование ботинок — все это испытуемые выполняют нечетко). При ходьбе с резкими поворотами обследуемых слегка заносит в сторону. В позе Ромберга, при приседании с закрытыми глазами наблюдается пошатывание. Зрачки обычной величины или слегка расширены.
- Проба Ташена: 8—13 сек.
- Качественные пробы на алкоголь положительны. При количественном определении алкоголя в крови его находят 0,33 — 1,5‰.

Порядок

проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)

Поза Ромберга - обычно это положение стоя со сдвинутыми вместе стопами, с закрытыми глазами и вытянутыми прямо перед собой руками.



Указываем на возможность стоять в данной позе и степень устойчивости (покачивается, отклоняется в сторону, не устойчив и т.п.).

Пальце-носовая проба

при закрытых глазах нужно коснуться пальцем кончика своего носа

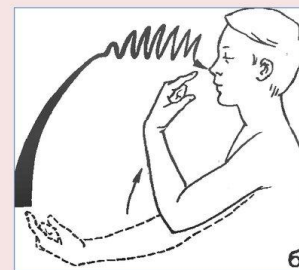
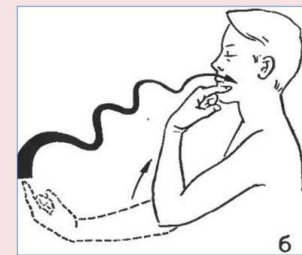
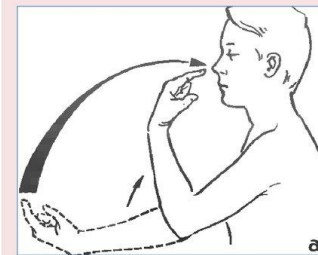


Рис. Пальце-носовая проба:
а) пальце-носовая проба в норме;
б) интенционный (при приближении к цели) тремор.

Порядок

проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)

Методика «Таблицы Шульте»

Определение устойчивости внимания

Описание теста

Испытуемому поочередно предлагается пять таблиц на которых в произвольном порядке расположены числа от 1 до 25. Испытуемый отыскивает, показывает и называет числа в порядке их возрастания.

При оценке результатов прежде всего становятся заметны различия в количестве времени, которые испытуемый тратит на отыскивание чисел одной таблицы. Психически здоровые молодые люди тратят на таблицу от 30 до 50 секунд, чаще всего **40 - 42 секунды.**

Проба Ташена

Нарушения функции вестибулярного аппарата под влиянием алкоголя проявляются в головокружении, атаксии и нистагме. Алкогольный нистагм имеет свои особенности, и установление его является важным диагностическим признаком [Френзель (Frenzel)]

обследуемый в течение 10 секунд поворачивается 5 раз по продольной оси, после чего смотрит на указательный палец врача, находящийся на уровне глаз на расстоянии 25 см. У трезвых лиц отмечается еле заметный нистагм в горизонтальном направлении и исчезает через 4—8 секунд. При концентрации алкоголя в крови 0,80—1,20‰ амплитуда нистагма становится значительной и продолжительность его возрастает до 15 секунд и более; при концентрации 1,20—2,00‰ нистагм продолжается 20—25 секунд, при 2,00‰ и выше он длится около 30 секунд.

Нистагм продолжительностью 9—14 секунд автор рассматривает как легкий (+), 14—19 секунд — как средний (++) , а более 20 секунд — как тяжелый (+++), что примерно соответствует степени

2	13	1	8	20
17	6	25	7	11
22	18	3	15	19
10	5	12	24	16
14	23	4	9	21

14	9	2	21	13
22	7	16	5	10
4	25	11	18	3
20	6	23	8	19
15	24	1	17	12

Средняя степень алкогольного опьянения.

- а) **Дистимическая фаза.**
- Развивается при однократном или дробном употреблении в среднем около 300 мл и более водки, коньяка или 1000 мл вина и достижении в крови концентрации в диапазоне от 1,5 до 2,5‰.
- Поведение опьяневших меняется и постепенно становится неконтролируемым волевыми усилиями. Появляется несдержанность, нетактичность, раздражительность, злобность, грубость, импульсивность, агрессивность, придирчивость, назойливость, подозрительность. Нередко совершаются неадекватные действия и поступки. Прогрессивно, снижается четкость восприятия окружающего, нарушается цельность мышления. Появляются грубые речевые нарушения в форме замедления темпа, монотонности, потери ритма, персевераций, 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, а затем и утрачивается ориентировка всех видов. Пьяные с трудом объясняют или не в состоянии объяснить маршрут транспорта или пути, по которому только что следовали. Нарушения сознания в таких случаях аналогичны таковым при легкой степени оглушенности.

Средняя степень алкогольного опьянения.

- **б) Атактическая фаза.**
- Наиболее характерными являются выраженные функциональные нарушения моторики и координации движений — т. н. *Ataxia alcoholica*,. Утрачивается способность выполнения даже привычных повседневных бытовых навыков (например, застегивание пуговиц, шнурование ботинок и т. д.). Меняется почерк. Движения становятся размахистыми, множественными, лишними, неадекватными с утратой ситуационной целесообразности. Походка шаткая, нетвердая. Человек, находящийся в средней степени опьянения во время ходьбы спотыкается, может падать, но поднимается и продолжает идти самостоятельно.
- Типичен внешний вид: одежда испачкана, неопрятна, расстегнута. Лицо одутловатое, гиперемировано (но может быть и бледным), Склеры инъекцированы. Может быть икота, чихание, жажда, тошнота, рвота. Определяется резко выраженный запах алкоголя изо рта.
- Неустойчивость в позе Ромберга, учащение пульса до 100—110 ударов в минуту. Дыхание также учащено. Сухожильные рефлексy слегка снижены, появляются нистагмoидные подергивания глазных яблок. После пробы вращения обследуемого в кресле (5 раз в течение 10 сек:), проба Ташена: 14—17 сек. Мышечная сила значительно ослаблена, болевая чувствительность притуплена. Возможна диплопия.

Тяжелая степень алкогольного опьянения.

- **а) Адинамическая фаза.**
- Развивается после употребления больших доз алкоголя и достижений его концентрации в крови от 2,5 до 3‰.
- На первый план выступают нарастающие: мышечная гипотония, адинамия, расстройства (помрачение) сознания.
- Двигательная активность резко снижается, походка нестабильная, шаткая, устойчивость в вертикальном положении постепенно утрачивается. Нарастает физическая слабость. Будучи повернутыми на спину, пьяные все же пытаются снова повернуться на бок, на живот, производя руками и ногами хаотические беспомощные движения. При попытке подняться — падают. Внешний вид неопрятный, одежда грязная, на лице и теле — ссадины и кровоподтеки.
- Речь грубо нарушена: опьяневшие персеверируют, произносят нечленораздельные обрывки слов или фраз, что-то бормочут. Продуктивный речевой контакт при обследовании таких лиц практически невозможен. Углубляется нарушение критики и ориентировки всех видов. Имеет место апатия, безразличное и безучастное отношение к окружающему, к опасным ситуациям, неудобным позам, практическое отсутствие адекватных мимических реакций. Может наблюдаться рвота, икота, понос. Кожа белая, холодная, влажная. В выдыхаемом воздухе и рвотных массах сильный запах алкоголя.

Тяжелая степень алкогольного опьянения.

(Продолжение)

- **а) Адинамическая фаза.**
- 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 возникает непроизвольное мочеиспускание и дефекация.
- Выявляются неврологические симптомы; понижение или отсутствие конъюнктивальных, болевых рефлексов, зрачки расширены, реакция на свет слабая. Спонтанный горизонтальный нистагм. Сухожильные рефлексы снижены.
- Обследуемый, находясь в адинамической фазе алкогольного опьянения, внешне выглядит сонливым, может засыпать, независимо от времени суток, в любом месте и, нефизиологичных для сна позах. Во сне могут наблюдаться судороги, мочеиспускание, дефекация. Разбудить пьяного, -как правило, удастся, но он тут же снова засыпает. 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 — воспоминания отрывочные, с провалами, вторые — ничего не помнят (полная амнезия), у третьих — события могут вспоминаться полностью.

Тяжелая степень алкогольного опьянения.

• б) Наркотическая фаза. Алкогольная кома.

- Алкогольная кома развивается в случаях, когда доза принятого алкоголя достигает или превышает порог наркотического действия сходного, например, с действием эфира или хлороформа. Средние концентрации алкоголя в крови, вызывающие утрату сознания (наркотическую фазу опьянения), колеблются 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 3 степени:
 - I степень. 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 рефлексы повышены, проприоцептивные — сохранены или повышены, брюшные рефлексы и рефлексы со слизистых — снижены, глотательный рефлекс сохранен. Тризм жевательной мускулатуры. Фибриллярные подергивания мышц в месте укола. Определяется симптом Бабинского. Тенденция к понижению температуры тела и повышению артериального давления. Дыхание поверхностное, учащенное.
 - II степень. 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.
 - III степень (глубокая кома). Сознание утрачено. «Плавающие» глазные яблоки. Арефлексия и мышечная гипотония. Возможно дыхание типа Кулсмауля или Чейн-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.

Тяжелая степень алкогольного опьянения.

- **в) Гипертоксическая фаза.**
- Эта фаза алкогольного опьянения наступает при поглощении смертельных доз алкоголя, когда его концентрация в крови достигает 6—8%. Смерть наступает от паралича бульбарных центров или от осложнений, отмеченных выше.

Измененные формы простого алкогольного опьянения

- Симптоматика острой алкогольной интоксикации во многом зависит от "почвы", на которую воздействует алкоголь. Наличие такой почвы (последствия ранее перенесенных заболеваний, травм, а также формирующаяся патология) приводит к возникновению **измененных форм алкогольного опьянения**.

Среди них можно выделить следующие:

- **Дисфорический вариант опьянения** — это состояние, когда вместо характерной для простого алкогольного опьянения эйфории с самого начала возникает мрачное настроение с раздражительностью, гневливостью, конфликтностью, склонностью к агрессии. Иными словами, легкая степень опьянения своим эмоциональным фоном напоминает среднюю степень, т.е. как бы несет в себе начало более тяжелого состояния. Такие особенности алкогольного опьянения нередко наблюдаются у больных хроническим алкоголизмом, а также при разного рода органической недостаточности головного мозга. «При дисфорическом опьянении вместо эйфории возникает дисфория — злобно-мрачное настроение с желанием «разрядиться» на окружающем. Больные пристают к другим людям, задирают их, наносят побои, иногда жестокие, в драке звереют. Ломают вещи, бьют стекла и посуду. Сексуальная агрессия сочетается с садизмом. В одиночестве могут наносить самоповреждения, особенно порезы

Измененные формы простого алкогольного опьянения

- **Параноидный вариант опьянения** характеризуется появлением подозрительности, обидчивости, придирчивости, склонности толковать слова и поступки окружающих как стремление унижить, обмануть, насмеяться, одержать верх в соперничестве; возможны ревнивые переживания и связанная с ними агрессия. Подобные черты поведения в опьянении встречаются у некоторых психопатических личностей — эпилептоидных, паранойяльных, примитивных (особенно если они больны хроническим алкоголизмом).
«Пьяный перед окружающими разыгрывает спектакль, изображая несчастного и страдающего или выдающуюся личность, никем не понятую и т.д. Опьянение может завершиться истерическим припадком».
- **Алкогольное опьянение с гебефреничными чертами** проявляется дурашливостью, стереотипиями, кривляньем, хаотическим дебоширством, однообразным звукоподражанием, бессмысленным буйством. Такие картины можно наблюдать при наличии латентного шизофренического процесса, а также у подростков и юношей.
- **Алкогольное опьянение с истерическими чертами** — при наличии соответствующих личностных предпосылок (эгоцентризм, желание быть в центре внимания, склонность "эксплуатировать" сочувствие окружающих, стремление произвести яркое впечатление, превышение амбиций над способностями) алкогольное опьянение вызывает к жизни истерические механизмы, которые чаще всего проявляются демонстративными суицидальными попытками, театрализованным горестным аффектом, бурными сценами отчаяния, "сумасшествия" и др.

Патологическое опьянение

- Термин "патологическое опьянение" не совсем точно отражает суть данного явления: оно представляет собой не столько результат алкогольной интоксикации, сколько выражение своеобразной идиосинкразии к алкоголю, которая может возникнуть при определенном сочетании ряда факторов (переутомление, вынужденная бессонница, психогении, органическая церебральная недостаточность и др.). Картина патологического опьянения и внешне мало напоминает алкогольное опьянение, поскольку отсутствуют нарушения статики и координации движений, а также пантомимические особенности, характерные для облика опьяневшего человека.
- По существу патологическое опьянение — это транзиторный психоз, а в синдромологическом отношении — сумеречное состояние сознания. Выделяются две его формы — **эпилептоидная и параноидная**, которые различаются преобладанием тех или иных расстройств
- **При эпилептоидной форме** болезненная симптоматика выражается в виде тотальной дезориентировки, отсутствия какого-либо контакта с окружающей действительностью, резкого моторного возбуждения с аффектом страха, гнева, злобы, с молчаливой, бессмысленной и жестокой агрессией, которая порой имеет характер автоматических и стереотипных действий.

Патологическое опьянение

- **При параноидной форме** поведение больного отражает бредовые и галлюцинаторные переживания устрашающего содержания. О том же свидетельствуют отдельные слова, выкрики, команды, угрозы, хотя в целом речевая продукция больного скудна и малопонятна. Двигательная активность имеет относительно упорядоченный характер, приобретает форму сложных и целенаправленных действий (бегство с использованием транспорта, защита, нападение, совершаемые с большой силой).
- Патологическое опьянение возникает внезапно и так же внезапно обрывается, часто заканчиваясь глубоким сном. Длится оно от нескольких минут до нескольких часов, оставляя после себя астению, головную боль, тотальную или парциальную амнезию. Полная амнезия более характерна для эпилептоидной формы, парциальная — с фрагментарными, иногда очень красочными, воспоминаниями — для параноидной формы.

Алкогольные психозы

- Алкогольный психоз – расстройство психики, которое возникает после длительного злоупотребления алкоголем. Его особенностью является то, что психические изменения формируются не сразу, постепенно, однако при их наличии человек постоянно переживает определенные ощущения.
- Непосредственная причина формирования патологических изменений в психической сфере – это регулярная интоксикация организма этанолом и ядовитыми продуктами его распада.

Виды:

- Алкогольные делирии: типичные, abortивные, мусситирующие, атипичные.
- Алкогольные галлюцинозы: вербальные, с чувственным бредом.
- Алкогольные бредовые психозы: алкогольные параноиды, бред ревности.
- Энцефалопатии алкогольные: псевдопаралич алкогольный, заболевание Гайе-Вернике, корсаковский психоз.



Алкогольный делирий

Алкогольный делирий («белая горячка») – Делирий развивается спустя несколько часов или дней после прекращения приемов алкоголя на фоне выраженных абстинентных расстройств или при обратном их развитии. Риск белой горячки многократно возрастает при употреблении суррогатов. В этом состоянии больной испытывает отвращение к алкоголю и страдает резкими перепадами настроения.

В развернутой стадии появляется полная бессонница, возникают иллюзии фантастического содержания (парейдолии) и истинные зрительные галлюцинации. Преобладают микроскопические галлюцинации: насекомые, мелкие животные, рыбы, змеи, нити, проволока, паутина; реже больные видят крупных животных, людей, человекоподобных существ, мертвецов, в том числе фантастического облика. Зрительные галлюцинации подвижны, меняются в размерах, подвержены происходящим на глазах превращениям. Они то единичны, то множественны, могут быть сценopodobными и, отражая определенные ситуации, калейдоскопически сменять друг друга. При углублении делирия возникают слуховые, обонятельные, термические, тактильные галлюцинации, в том числе тактильные галлюцинации, локализующиеся в полости рта, расстройства схемы тела, ощущения нарушения положения тела в пространстве. В поведении, аффекте и бредовых высказываниях отражается содержание галлюцинаций. Преобладает двигательное возбуждение с суетливой деловитостью, бегством, стремлением спрятаться, что-то стряхнуть, сбить с себя или с окружающих предметов. Речь состоит обычно из многочисленных, отрывочно произносимых слов или коротких фраз. Внимание свертотвлекаемо. На все происходящее вокруг больные реагируют отдельными репликами, поведением, мимикой. Аффект крайне изменчив. Внешне больной выглядит возбужденным и напряженным, стремится куда-то убежать, прячет или держит в руках различного рода предметы для обороны, от мнимых врагов, бандитов, доисторических чудовищ, чертей, которые появляются в его воспаленном мозгу. Он слышит слова угрозы в свой адрес, принимает случайных прохожих или родственников за врагов.



Алкогольный делирий

Пациенты легко внушаемы:

- 1) симптом Райхардта – если больному показать чистый лист бумаги и спросить, что он видит, он начнет произносить якобы читаемые слова, цифры и т.д.
- 2) симптом «мнимого телефона» - если больному дать приложить какой-нибудь предмет к уху, он начнет разговаривать как по телефону
- 3) симптом «мнимой иголки с ниткой»

Кратковременный сон сопровождается кошмарами. Утром отмечаются светлые промежутки, но к ночи симптоматика опять нарастает. Фиксируются ярко выраженный тремор конечностей, лихорадочная реакция с подъемом температуры, артериальная гипертензия, спутанность сознания, и полная дезориентация в пространстве и времени. Лечение этого алкогольного психоза проводится в условиях специализированного отделения стационара. В большинстве случаев состояние нормализуется в течение 3-7 дней.

Алкогольный галлюциноз

Алкогольный галлюциноз - отличается от делирия преобладанием слуховых галлюцинаций и вторичного бреда.

Часто больные стараются обнаружить место, из которого раздаются слышимые ими звуки. В ряде случаев слуховые галлюцинации появляются несколькими короткими приступами, разделенными светлыми промежутками. В дебюте галлюциноза могут возникать фрагменты делириозных расстройств. В последующем на фоне тревоги, страха, растерянности появляются множественные словесные галлюцинации, принадлежащие одному, двум и большему числу людей — «голоса», «хор голосов». Они ругают, оскорбляют, угрожают, обвиняют, с издевкой обсуждают настоящие и прошлые действия больного. Содержание словесных галлюцинаций изменчиво, но всегда связано с реальными обстоятельствами прошлого и настоящего. Голоса то говорят о больном между собой, то обращаются непосредственно к нему, делая его соучастником развертывающихся ситуаций.

Интенсивность вербальных галлюцинаций может резко меняться — нарастать до крика, ослабевать до шепота. При усилении основного симптома — вербальных галлюцинаций — возникает поливокальный галлюциноз как последовательно сменяющие друг друга сцены, связанные между собой единством темы. Например, больной слышит происходящий над ним суд с участием прокурора, свидетелей, адвоката, потерпевших, споры сторон, вынесенный ему приговор. Чувственность и наглядность вербальных галлюцинаций, а также манера их пересказа таковы, что легко создается впечатление, будто бы больные все это видят, а не слышат. Вследствие этого подобные состояния нередко расцениваются как делириозные.

Алкогольный галлюциноз

Уже в начальном периоде психоза возникают бредовые идеи, содержание которых — преследование, физическое уничтожение, обвинение и т. п. — тесно связано с содержанием вербальных галлюцинаций (так называемый галлюцинаторный бред). Обычно больные говорят о преследовании «бандой», руководимой конкретными лицами (соседи, сослуживцы, родственники, жена, знакомые). Аффект на высоте галлюциноза определяется тревогой, отчаянием, резким страхом. Преобладает двигательное возбуждение. Часто оно сопровождается самообороной, обращением в милицию или прокуратуру; в ряде случаев совершаются общественно опасные действия, суицидальные попытки. Симптомы психоза усиливаются вечером и ночью. Редукция психических расстройств происходит критически, после глубокого сна, или постепенно. В последнем случае она начинается с уменьшения звучности вербальных галлюцинаций и их исчезновения в дневное время. Одновременно или несколько позже снижается интенсивность аффективных расстройств, блекнут бредовые высказывания. Ко времени полного исчезновения вербальных галлюцинаций обычно появляется критическое отношение к перенесенному психозу. Длительность острого алкогольного галлюциноза колеблется от нескольких дней до месяца. Описанный алкогольный галлюциноз часто определяют как типичный или классический.

Алкогольный параноид

Острый алкогольный параноид (алкогольный бред преследования). Он возникает преимущественно в период абстиненции. Его развитию предшествует короткий продром, который определяется бредовой настроенностью, вербальными иллюзиями, тревогой. Обычно психоз развивается внезапно. Сразу же, без каких-либо размышлений и сомнений, больными овладевает непоколебимое убеждение в том, что они станут жертвой немедленного физического уничтожения. Чуть ли не каждое находящееся рядом лицо принадлежит к «шайке», по нередкому определению самих больных. Больные напряженно следят за мимикой, жестами, действиями окружающих, вслушиваются в произносимые ими фразы или слова, расценивая все видимое и слышимое как имеющее непосредственное отношение к слежке и покушению. Часто больные видят не только приготовления к расправе, но и ее орудия: блеснувший нож, высовывающееся из кармана дуло пистолета, веревку, подготовленную для удушения, т. п. Видимое подтверждается слышимыми словами и репликами соответствующего содержания, которыми обмениваются окружающие. Обычно при этом речь идет о вербальных иллюзиях. Больные считают преследователями или совершенно незнакомых людей, или тех, кого по смутному предположению больные уже видели, или лиц, имевших ранее какие-либо отношения с больными.

Алкогольный параноид

Наряду с образным бредом всегда существует резкий страх или напряженная тревога. Поступки больных импульсивные, чаще больные стараются скрыться. Спасаясь бегством, они нередко с опасностью для жизни спрыгивают на ходу из транспорта, прячутся, убегают полураздетыми, несмотря на мороз и непогоду, в безлюдные места, могут в отчаянии нанести себе серьезные телесные повреждения, предпочитая умереть «более легкой смертью». В других случаях больные прибегают к самообороне и сами внезапно совершают нападения. Многие в страхе обращаются в милицию или в другие официальные организации, прося о защите. В вечернее и ночное время могут возникать отдельные делириозные симптомы и вербальные галлюцинации. Острый алкогольный параноид продолжается от нескольких дней до нескольких недель.

Алкогольный бред ревности

Алкогольный бред ревности (алкогольный бред супружеской неверности, алкогольная паранойя). Возникает у лиц с паранойяльным складом характера, реже — на фоне алкогольной деградации. Это типичная форма бреда зрелого возраста. Сначала идеи супружеской неверности возникают эпизодически, лишь в опьянении или в похмелье. Грубость, несдержанность, придирчивость больных создают реальные предпосылки к отчуждению супругов, касающиеся, в частности, интимных сторон жизни. Психогенный фактор определяет появление сверхценных идей супружеской неверности, сохраняющихся теперь и вне состояний, связанных с алкогольными эксцессами. Ревнивые подозрения усиливаются или, напротив, ослабевают на данном этапе в связи с реальными и психологически понятными поводами. В этот период у больных преобладает дисфорический аффект, они часто буквально истязают жен всевозможными расспросами о деталях и причинах «измен», с исступлением требуя признания своей вины, которую в этом случае обещают «великодушно» простить. При дальнейшем прогрессировании расстройств возникает непоколебимая и постоянная убежденность в изменах жены уже вне зависимости от реальных поводов и появляется бред. Как правило, он проявляется бредовым поведением нарастающей интенсивности (разработка всевозможных и усложняющихся способов проверки). Одновременно появляется и точное знание «любовника». Обычно это человек из ближайшего окружения, часто значительно моложе больного.

Алкогольный бред ревности

Систематизирующийся в узких границах бред нередко влечет за собой многочисленные жалобы в общественные организации с требованием «помешать разврату» и «сохранить семью». Дальнейшее усложнение психоза может идти в различных направлениях. Оставаясь монотематичным, бред ревности становится ретроспективным. Больной может утверждать, что жена изменяет ему уже много лет, дети родились не от него, а от прежних любовников. В других случаях клиническая картина усложняется присоединением бредовых идей иного содержания — материального ущерба (жена тратит семейные деньги на сожителя или совершенно забросила хозяйство, «предаваясь разврату»), идеи отравления и колдовства с целью «освободиться» от больного. В последнем случае чаще преобладает тревожно-подавленное настроение, а в бредовом поведении возможны акты жестокого насилия в отношении жены и связанных с ней лиц. Продолжающееся пьянство не только способствует усилению симптомов психоза, но и увеличивает риск агрессии больных. Заболевание, колеблясь в своей интенсивности, может продолжаться годами.

Алкогольные энцефалопатии

Энцефалопатия Гайе-Вернике – возникает остро и чаще других видов энцефалопатий. Она появляется в основном у мужчин среднего возраста и как всегда начинается с [белой горячки](#) со слабо выраженными галлюцинациями, бредом и тревожным фоном настроения. Из-за слабости больных возбуждение – только в пределах постели, проявляется однообразными движениями рук, имитирующими профессиональные навыки этого пациента. Больные практически не приходят в сознание. Их речь невнятная, понятны только отдельные слова, отражающие внутренние психотические переживания пациента. Контакт с помощью слов обычно невозможен. Через несколько дней возникает еще большая оглушенность сознания, которое постепенно переходит в кому. Отмечается также снижение всех рефлексов (на прикосновение, роговичных и других). Больные выглядят постаревшими, лицо отечное, температура – повышенная, кожа шелушится. Если больного не переворачивать – у него образуются пролежни.

Корсаковский психоз – чаще бывает у [женщин](#). Здесь преобладает снижение и потеря памяти на текущие события при сохранении долговременной памяти на старые события. Нарушена ориентировка в месте и времени. В то же время больной помнит самого себя и знает свое имя. Очень часто появляются [полиневриты](#) с нарушением силы мышц, их атрофии и снижением чувствительности кожи.

Алкогольный псевдопаралич – чаще появляется у мужчин среднего возраста и старше. Характерным является слабоумие, снижение памяти, повышенный фон настроения с идеями величия. Отмечается дрожание кончика языка, мимической мускулатуры. Эта болезнь может возникать остро, но есть и хронические варианты. Хронический вариант считается хуже и зачастую необратим, завершается глубоким слабоумием. [Лечение](#) осуществляется в наркологическом стационаре. Оно должно быть комплексным и длительным.

Современная классификация наркотических и иных одурманивающих средств (продолжение).

- **Опиаты (F11):**
- а) натуральные (опий-сырец, маковая соломка, омнопон, морфин, кодеин и другие алкалоиды фенантреновой группы);
- б) синтетические (промедол, метадон, карфентанил, α -метилфентанил или «Белый китаец»
- (англ. China White).
- в) полусинтетические (героин).



- Опиаты относятся к классу наркотических анальгетиков. Они включают обширную группу фармакологических препаратов, получаемых из различных разновидностей снотворного мака (*Papaver somniferum*) и других его сортов, а также синтетическим путем. Наркотический эффект вышеперечисленных препаратов опия различается только по клиническим проявлениям абстинентного синдрома и темпам формирования наркомании. Во всех случаях речь идет о морфиноподобном эффекте и поэтому злоупотребление различными препаратами опия часто называют морфинным типом наркомании.
- Морфинизм и опиоидная наркомания являются наиболее распространенными и наиболее изученными формами наркомании.
- Препараты опия используются путем курения, вдыхания, их принимают внутрь, вводят парентерально. Такие препараты, как морфий, омнопон, промедол, а также кустарные препараты, приготовленные из химически обработанной маковой соломки, вводят преимущественно внутривенно. Героин вводят внутривенно или употребляют путем вдыхания. Кодеин употребляют внутрь. Часто наркоманы начинают наркотизацию с вдыхания героина, а в дальнейшем переходят на его внутривенное введение. Но иногда больные сразу начинают применять наркотики внутривенно.

Современная классификация наркотических и иных одурманивающих средств (продолжение).

- **Опиаты (F11):**
- а) натуральные (опий-сырец, маковая соломка, омнопон, морфин, кодеин и другие алкалоиды фенантреновой группы);
- б) синтетические (промедол, метадон, карфентанил, α-метилфентанил или «Белый китаец»
- (англ. China White).
- в) полусинтетические (героин).



Карфентанил был впервые синтезирован в 1974 году командой химиков [Janssen Pharmaceutica](#) был впервые синтезирован в 1974 году командой химиков Janssen Pharmaceutica во главе с [Паулем Янссеном](#) был впервые синтезирован в 1974 году командой химиков Janssen Pharmaceutica во главе с Паулем Янссеном (англ.). Воздействие этого опиоида превышает **фентанил** был впервые синтезирован в 1974 году командой химиков Janssen Pharmaceutica во главе с Паулем Янссеном (англ.). Воздействие этого опиоида превышает фентанил и **морфин** соответственно в 100 и 10000 раз.

Наиболее наркогенным препаратом является героин. Считают, что его наркогенный эффект в 4—5 раз выше морфинного. Некоторые самодельные препараты, приготовленные из химически обработанной маковой соломки или опия-сырца, дают героиноподобный эффект.

Современная классификация наркотических и иных одурманивающих средств (продолжение).

- **Препараты конопли (F12):**

- Наркотическое действие оказывают психоактивные вещества, содержащиеся в конопле, — каннабиноиды. Конопля содержит около 60 каннабиноидов, часть из которых биологически активна. Наиболее активным считается транс-Д-9-тетрагидроканнабиол (ТГК), от количества которого в том или ином сорте конопли и зависит наркотический эффект.
- **Маришуана** — от португальского слова *mariguango* (на языке наркоманов — "травка", "сено"), наркотик, приготовленный из стеблей и листьев конопли с небольшим добавлением цветков. В ней содержится 0,5—4 % ТГК.
- **Гашиш** - смолистое вещество, собранное из цветущих верхушек травы каннабиса, содержание ТГК — 2—8 %, но может быть 10—20 %. (анаша, банг, хуррус и др.; на языке наркоманов — "план", "дурь", "грязь").
- **Гашишное масло** (концентрация ТГК — от 15 до 50 %) — это концентрированные каннабиноиды, получаемые с помощью экстракции из необработанного материала или смолы.

Синтетические каннабиноиды (JWH, AV-Pinaca, AV-Fubinaca, «спайсы»)

Современная классификация наркотических и иных одурманивающих средств (продолжение). Препараты конопли (F12):

Марихуана распространена преимущественно в Америке и в странах Западной Европы. Последнее время там пользуется спросом также гашишное масло. В нашей стране наркоманы употребляют преимущественно гашиш. Марихуана значительно менее наркогенна, чем гашиш, а в последние несколько лет распространение получила и марихуана. Наркотические свойства конопли были известны еще древним народам. Упоминание о них можно найти в древнеиндийских и древнекитайских рукописях. Широкое распространение в качестве опьяняющего средства конопля получила в мусульманских странах Востока, где было запрещено употребление спиртных напитков. Гашиш в этих странах стал как бы заменителем алкоголя. Наиболее распространенный способ употребления конопли — курение.

При курении ТГК всасываются быстрее, чем при приеме внутрь. Фармакологическое действие наступает немедленно и достигает пика в пределах 30 мин, поэтому нарушения функций у водителей транспорта обнаруживаются сразу же после курения. Для курения готовят специальные папиросы, в которых смешивают гашиш в определенной пропорции с табаком. Чистую смолу курят редко. Определенных дозировок в этих случаях не существует, ибо дозы определяются качеством наркотика, числом затяжек, умением использовать вдыхаемый дым; имеют также значение местность, из которой привезен гашиш, и сорт конопли. О толерантности судят по числу выкуренных папирос. Действие гашиша в большей степени, чем других наркотиков, зависит от установки на ожидаемый эффект. Нередко человек, который выкуривает папиросу с гашишем, не зная об этом, может не испытывать эйфории. Первое в жизни курение гашиша может не вызвать никаких ощущений даже при наличии соответствующей установки. Лишь после 2—3-го раза возникает эйфория. Кроме того, первые пробы курения могут сопровождаться неприятными ощущениями: чувством сухости во рту и носоглотке, стеснения в груди, затрудненностью дыхания. Возможны учащенное сердцебиение, головокружение, звон и шум в ушах, тошнота и рвота. Настроение может быть подавленным или тревожным. Это не мешает лицам, которые впервые попробовали гашиш, повторять наркотизацию. В первую очередь это относится к подросткам. Следует отметить, что нередко и при первом курении возникает эйфория.

Современная классификация наркотических и иных одурманивающих средств (продолжение).

• Седативные и снотворные средства (F13).

• Производные барбитуровой кислоты

• а) короткоживущие (период полужизни 3–8 ч) — тиопентал (пентотал), гексобарбитал (гексонал);

• б) промежуточные — амобарбитал-натрий (амитал-натрий, барбамил) — период полужизни 8–42 ч, пентобарбитал-натрий (этаминал-натрий, нембутал) — период полужизни 14–48 ч;

• в) длительно живущие (период полужизни 24–140 ч) — фенобарбитал (люминал), веронал.

• Вещества небарбитурового ряда.

• а) бензодиазепины (алпразолам, диазепам, клоназепам, клоразепат, лоразепам, медазепам, нитразепам, оксазепам, хлордиазепоксид, тофизопам, феназепам и др.)

Вызывающие зависимость снотворные препараты состоят из двух групп — производных барбитуровой кислоты и веществ небарбитурового ряда. Злоупотребление снотворными, внесенными в список наркотиков, рассматривается как наркомания, а злоупотребление остальными снотворными — как токсикомания.

Из группы производных барбитуровой кислоты к наркотикам относятся этаминал-натрий (нембутал) и амитал-натрий (барбамил). Из снотворных небарбитурового ряда, отнесенных к наркотикам, в первую очередь следует назвать ноксирон.

По периоду жизни (периоду полураспада) в организме и соответственно по продолжительности действия барбитураты делят на 3 группы: а) короткоживущие (период полужизни 3–8 ч) — тиопентал (пентотал), гексобарбитал (гексонал); б) промежуточные — амобарбитал-натрий (амитал-натрий, барбамил) — период полужизни 8–42 ч, пентобарбитал-натрий (этаминал-натрий, нембутал) — период полужизни 14–48 ч; в) длительно живущие (период полужизни 24–140 ч) — фенобарбитал (люминал), веронал. Предметом злоупотребления чаще всего являются препараты второй группы, реже — первой. Снотворные средства используются как внутрь, так и внутривенно.

Седативные и снотворные средства (F13). (продолжение).

При барбитуровой зависимости имеется много общих особенностей со злоупотреблением алкоголем. Они определяются тем, что и алкоголь, и барбитураты, обладая некоторыми стимулирующими свойствами, оказывают более выраженный седативный эффект.

Среди злоупотребляющих снотворными выделяют две группы больных : Больные первой группы начинают принимать снотворные в терапевтических дозах по назначению врача или самостоятельно при различных заболеваниях. Лица, относящиеся ко второй, сразу начинают принимать снотворные с целью вызывания эйфории.

К первой группе относятся прежде всего лица с невротическими расстройствами настроения, нарушениями социальной адаптации, больные алкоголизмом. Снотворные препараты на первых порах улучшают их субъективное состояние — купируют бессонницу, сглаживают аффективные расстройства, делают менее актуальными переживания, связанные с недостаточной адаптацией в окружающей среде. Но при постоянном длительном употреблении даже терапевтических доз возникает психическая зависимость. На первом этапе она незначительна и прием препаратов может быть прекращен без выраженных неприятных ощущений. Однако при длительном регулярном приеме снотворных средств прежняя терапевтическая доза постепенно перестает оказывать желаемое действие, появляется потребность в увеличении дозы, т.е. возникает толерантность. Возрастает и психическая зависимость. Больной считает, что без снотворных невозможен нормальный сон. Постепенно дозы препарата начинают превышать терапевтические, что ведет к формированию физической зависимости. Переход от злоупотребления к зависимости обычно происходит незаметно для самого наркотизирующегося. Симптоматика заболевания разворачивается в очень сжатые сроки. Больные, относящиеся ко второй группе, сразу же начинают принимать снотворные в поисках эйфории, используя для этого двойные и тройные терапевтические дозы. В этих случаях особенно важна установка на получение эйфории. Становление заболевания в этой группе больных происходит быстро, особенно при внутривенном введении препарата.

Современная классификация наркотических и иных одурманивающих средств (продолжение).

- **Кокаин (F14).**
- Кока или листья коки
- Кока-паста, это полуфабрикат из листьев коки
- Кокаина гидрохлорид
- Крэк



Кокаин является алкалоидом. По своим фармакологическим свойствам он относится к сильным стимуляторам ЦНС, что и определяет его наркогенность. Кокаин первоначально был выделен из листьев кустарника *Erythroxylon Coca* — растения, область природного распространения которого сосредоточена в Южной Америке. Жевание листьев коки, как и употребление чая листьев коки в качестве легкого стимулирующего средства, поднимающего настроение и хорошо снимающего усталость, было распространено среди коренного населения латиноамериканских стран. История злоупотребления кокаином, т. е. собственно кокаинизма, начинается со второй половины XIX в., когда немецкий химик А. Niemann впервые в 1859–1860 гг. выделил чистый алкалоид из листьев коки и дал ему название «кокаин». В последующие 30 лет гидрохлорид кокаина получил достаточно широкое медицинское распространение, став как бы панацеей от многих заболеваний, вплоть до туберкулеза. Это объяснялось, прежде всего, его сильным стимулирующим действием на ЦНС и способностью в связи с этим поднимать настроение, улучшать физический тонус, снимать усталость, т. е. давать выраженное симптоматическое улучшение при различных соматических и психических заболеваниях. Кокаиновая наркомания стала серьезной медицинской и социальной проблемой для многих стран мира. Это связано с резким увеличением доступности кокаина в результате усиленного расширения плантаций коки, активизацией межгосударственного транспорта наркотика и появлением новых форм и способов его потребления. Достаточно распространенным способом злоупотребления кокаином, особенно в некоторых странах (например, в районах Анд Южной Америки), является **жевание листьев коки**.

Современная классификация наркотических и иных одурманивающих средств (продолжение).

- **Кокаин (F14).**
- Кока или листья коки
- Кока-паста, это полуфабрикат из листьев коки
- Кокаина гидрохлорид
- Крэк



Гидрохлорид кокаина. Этот препарат является наиболее употребимый. Он представляет собой белый без запаха порошок, напоминающий по виду кристальный, прозрачный снег. Основной способ применения — нюхание или вдыхание, при этом кокаин довольно быстро всасывается через слизистую оболочку носа и попадает с током крови наиболее коротким путем в мозг. Гидрохлорид кокаина вводят также внутривенно, однако редко, поскольку время его действия при таком способе употребления очень незначительно. Алкалоидный кокаин («крэк») является алкалоидом кокаина. Он готовится из гидрохлорида кокаина и отличается от него более низкой точкой плавления и соответственно легкостью испарения, что позволяет вдыхать препарат при курении. Обычно для этой цели используется трубка, редко — сигареты. В процессе ингаляции активная субстанция абсорбируется через легочные капилляры и очень быстро попадает в кровь и ткани мозга.

Кока-паста. Вещество выглядит как порошок, цвет которого варьирует от белого до коричневого. Кока-паста является первым промежуточным продуктом при обработке листьев коки в процессе получения гидрохлорида кокаина.. Содержит от 40 до 91% кокаина (в виде сульфата кокаина и его алкалоидов). Обычно смешивается с табаком и препаратами конопли. Курение кока-пасты распространено в основном среди коренных жителей стран Южной Америки и Карибского бассейна.

Листья коки. Они содержат 0,5–1,5% алкалоида кокаина. Употребляются путем жевания. Кусочки листьев коки, часто с добавлением извести, помещаются за щеку, что обеспечивает медленную абсорбцию кокаина через слизистую оболочку щеки и частично через желудочно-кишечный тракт.

Современная классификация наркотических и иных одурманивающих средств (продолжение).

Стимуляторы(F15)

- Амфетамины – эфедрон, первитин, фенатин.
- Производные пурина – кофеин и его алкалоиды
- Катиноны - мефедрон, MDPV (метилендиоксипировалерон), а-пировалерофенон

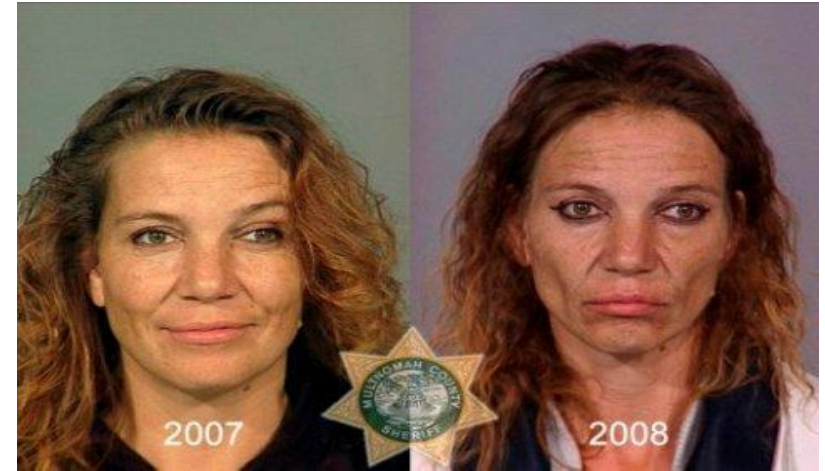


Психостимуляторы — это препараты, которые возбуждающе действуют на ЦНС. У здоровых лиц они устраняют чувство усталости, вызывают стремление к деятельности, создают субъективное ощущение бодрости, ясности ума и сообразительности, легкости движений, уверенности в своих силах и способностях. К группе психостимуляторов, обладающих наркотичностью, относятся амфетамин, кустарные препараты эфедрина и эфедринсодержащих смесей, кокаин и кофеин. Сульфат амфетамина, известный у нас под названием фенамин, был синтезирован в 1887 г. В 1937 г. этот препарат стал использоваться в медицинской практике для лечения нарколепсии, а также в качестве стимулятора при астенических и астенопатических состояниях. Предметом злоупотребления он стал в конце 40-х — начале 50-х годов в первую очередь среди подростков и юношей. **Амфетамин** принимают внутрь и вводят внутривенно. Острая интоксикация амфетамином вызывает приподнятое настроение, ощущение физической бодрости и ясности мышления (ускорение ассоциативных процессов), стремление к деятельности, иногда болтливость и излишнюю суетливость. По аналогии с некоторыми другими наркоманиями, это «приход» и собственно эйфория, при которой повышенный психический тонус может сочетаться с взбудораженностью, тревожностью, настороженностью, подозрительностью. Острая интоксикация сопровождается соматическими и неврологическими нарушениями. Наиболее характерны расширение зрачков с их вялой реакцией на свет, мышечные подергивания, стереотипные движения губ и языка. Наблюдаются тахикардия, иногда экстрасистолия, повышение АД, бледность лица, сухость во рту.

Современная классификация наркотических и иных одурманивающих средств (продолжение).

Стимуляторы(F15)

- Амфетамины – эфедрон, первитин, фенатин.
- Производные пурина – кофеин и его алкалоиды
- Катиноны - мефедрон, MDPV (метилендиоксипировалерон), а-пировалерофенон



- Постинтоксикационное состояние характеризуется угнетенным настроением, дисфорией, вялостью,, подавленное настроение, трудность сконцентрироваться, мышечные боли. разбитостью, головными болями, иногда тревогой и выраженным влечением к повторению наркотизации. Амфетамин резко подавляет аппетит и потребность во сне. Это особенно сказывается при его длительном применении. Хроническая интоксикация приводит к общему истощению, резкому снижению массы тела, вегето-сосудистым нарушениям, а также к патологическому развитию личности. Последние несколько лет в разных странах, в том числе и в России, стал широко использоваться препарат, известный под названием «развлекательного» наркотика, — экстази. Экстази употребляется в таблетках обычно молодыми людьми на дискотеках и других танцевальных вечеринках. После приема таблетки они испытывают необычное состояние подъема, могут танцевать всю ночь без отдыха. Существует несколько вариантов этих таблеток, различающихся по силе стимулирующего действия (причем один из вариантов вызывает седативный эффект).

По описанию больных экстази оказывает двухэтапное действие: вначале возникает ощущение всеобщего братства, единения, интимной близости, любви к людям, особого блаженства, счастья, восторга. Продолжается этот период 20–30 мин. Затем наступает истинно стимулирующий эффект: жажда деятельности, желание танцевать, двигаться. Наблюдаются иллюзорные обманы, визуализация представлений, сексуальное возбуждение. «Мозг как бы затуманен», мысли текут непрерывно, их невозможно остановить. По окончании действия — слабость, вялость, сонливость,

Современная классификация наркотических и иных одурманивающих средств (продолжение).

- **Эфедрин** является алкалоидом, содержащимся в различных видах травы эфедры, оказывает возбуждающее действие на ЦНС. В 1985 г. под названием «эфедрон» (на жаргоне наркоманов — «джеф», «мулька», «марцефаль») этот препарат был включен в список наркотиков, т.е. признан наркотическим. Из медицинских препаратов эфедрина (солутан, сунареф, бронхолитин) кустарным способом получают также сильное наркотическое вещество — метамфетамин (на жаргоне наркоманов — «винт», «ширка»), близкое по химической структуре к первитину, хотя и не идентичное ему. Поэтому было бы правильнее называть получаемое описанным способом вещество «самодельным первитином», или так называемым первитином, но для краткости оставим наименование — первитин.
- Как известно, чистый первитин был синтезирован в 1938 г. и длительное время применялся в качестве лечебного средства при депрессивных состояниях, нарколепсии, для повышения физической и умственной работоспособности, но в 1972 г. после выявления его токсических свойств и возможности формирования зависимости он был снят с производства.
- Эфедрон принимают внутрь или вводят внутривенно. Первитин вводят только внутривенно. Эфедрон больные обычно употребляют группами по 5–7 человек и более. Первитин чаще употребляется в одиночестве или небольшими группами, участники которых сразу же после введения наркотика стараются уединиться.
- **Кофеин**, как известно, входит в состав кофе, чая, какао, шоколада, колы и некоторых других напитков. В чашке сваренного кофе содержится 90-140 мг кофеина, в чашке растворимого кофе – около 70 мг, в чае (листьях или пакетиках) – 30-80 мг, какао – 5-50 мг, декофеинизированном кофе – 2-4 мг. В большинстве кофеинсодержащих напитков имеются также значительная часть масел, танин (главным образом в чае), теобромин (в основном в какао). Поэтому с определенностью выделить специфические симптомы, связанные только с употреблением кофеина в виде кофе или чая, бывает трудно. Злоупотребление кофеином может быть и в виде употребления чифира – напитка, приготовленного путем длительного кипячения больших количеств чая (100-150 г) в небольшом количестве воды (200-300 мл). При употреблении чифира интоксикация связана не только с поступлением в организм кофеина, но и с поступлением других веществ, содержащихся в чае и экстрагируемых из чая путем кипячения. После приема большой дозы кофеина наблюдается состояние, напоминающее гипоманиакальное: повышенная активность, приподнятое настроение, прилив сил, бодрости, более яркое восприятие окружающего, ускоренное течение мыслей и ассоциаций. Субъективно ощущаются активация умственных способностей и улучшение памяти – как бы интеллектуальный подъем. Этому соответствуют и

MDPV (метилендиоксипировалерон), α -пировалерофенон



MDPV наркотик впервые появился в 2007 году в Европе. Начальным веществом был эфедрин, формулу которого видоизменили для лучшей стимуляции нервной системы. Наиболее популярен наркотик в США, в России он появился на пару лет позже. Торгуется вещество с помощью интернета, хотя в РФ находится под запретом. Торговля MDPV в некоторых странах не запрещена в виде солей для ванн или удобрений для комнатных растений, что позволяет почти свободно распространяться наркотику по всему миру.

В состав Соли входят синтетические катионы - вещества-алкалоиды. К искусственно созданным катионам относят мефедрон, метилон, метилендиоксипировалерон (МДПВ). Точный состав препарата никогда неизвестен. Наркотик может содержать различные вещества в различных дозировках, ведь производится он кустарным способом. В связи с этим, высок риск передозировки: употребляя одно и то же количество Соли, наркоман каждый раз получает разное количество действующего вещества.

MDPV (метилендиоксипировалерон), а-пировалерофенон



Соль - один из самых опасных синтетических наркотиков. Он быстро вызывает зависимость и часто приводит к необратимым нарушениям психики. Лечение солевой зависимости возможно, если не упустить время и обратиться к специалистам.

Воздействие Соли пока изучено недостаточно. Однако, уже сейчас известно, что синтетические наркотики значительно опаснее натуральных. И вот почему:

- **Соли сложно вывести.** Соли долго выводятся, а значит, их токсичное влияние на организм более продолжительно.
- **Соли легко достать.** Заказать закладку с Солью можно на одном из сайтов дилеров в глубоком интернете или просто позвонив по телефону на ближайшем заборе. Ещё никогда наркотики не были такими доступными.

- **Соли стоят дёшево.** Цены на синтетику очень демократичные - пакетик “Соли” сейчас продается по цене двух школьных обедов. Это одна из главных причин популярности синтетики среди подростков, для которых дорогие натуральные наркотики недоступны.
- **Соли вызывают мгновенное привыкание.** Зависимость от Соли развивается уже после 1-2 приёмов.
- **Соли быстро «отупляют».** Употребление Соли быстро сказывается на интеллекте и когнитивных способностях. Наркотики природного происхождения, конечно, очень вредны, но не вызывают такого стремительного отмирания клеток мозга.
- **Соли быстро истощают.** Мощное стимулирующее действие Соли приводит к преждевременному старению и истощению всех систем организма. При длительном употреблении смерть наступает в результате отказа одного из органов.
- **Соли стремительно убивают.** В связи с тем, что Соли могут содержать что угодно и в каком угодно количестве, вероятность передозировки или банального отравления очень высока. Кроме того, солевые наркоманы страдают расстройствами психики и склонны к суициду.

Современная классификация наркотических и иных одурманивающих средств



age 28



age 29



age 30



age 31



age 32



age 33



age 34



age 35



age 36



age 37



Современная классификация наркотических и иных одурманивающих средств (продолжение).

- **Галлюциногены(F16).**
- Синтетические – LSD-диэтиламид лизергиновой кислоты, РСР-фенилциллидин;
- Натуральные – псилоцибин, мескалин, пейод, мевистицин.



Галлюциногены(F16).

К галлюциногенам относят психоактивные вещества, основным свойством которых является способность даже в малых дозах вызывать галлюцинации, из-за чего они становятся предметом злоупотребления. Эти вещества называют также психоделическими или психотомиметическими, поскольку они вызывают нарушения психики, психозы. Галлюцинациями их действие обычно не исчерпывается, наблюдаются и другие психопатологические расстройства, в той или иной степени выраженные. Галлюциногены известны более 2000 лет, с тех пор, как американские индейцы стали использовать их во время религиозных ритуалов. Известно более 100 естественных, и синтетических галлюциногенных препаратов. Употребляется из них с наркотической целью сравнительно немного. К ним относятся: псилоцибин, выделенный в 1958 г. А. Гофманом (А. Hofmann) из одного из видов мексиканских грибов; мескалин — обнаруживаемый в одном из видов кактуса — пейоте; синтетический препарат — диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД), а также фенциклидин, кетамин, злоупотребление которыми получило распространение в последние годы, некоторые холинолитические препараты. Картина интоксикации псилоцибином и мескалином характеризуется яркими, цветными, калейдоскопическими зрительными галлюцинациями, которые нередко сопровождаются явлениями дереализации и деперсонализации, ощущением раздвоения личности с возможностью наблюдать себя как бы со стороны, расстройствами схемы тела. При этом сознание может сохраняться и галлюцинаторные переживания остаются в памяти.

ЛСД был синтезирован в 1943 г. А.Штолем и А. Гофманом . ЛСД изготавливается в виде порошка, раствора, капсул или пилюль. Не имеет ни цвета, ни запаха, ни вкуса. Может продаваться растворенным на куске сахара или на куске промокательной бумаги/Действие ЛСД наступает обычно через 1 час после употребления. Продолжительность — от 8 до 12 часов. ЛСД вызывает глубокие нарушения восприятия, настроения, мышления. Галлюцинации чаще всего бывают зрительными. Сначала появляются очень яркие вспышки перед глазами, неясные контуры, геометрические фигуры. Затем возникают истинные зрительные галлюцинации, нередко — устрашающего характера. Одновременно могут наблюдаться и слуховые и тактильные галлюцинации. Галлюцинаторные расстройства сопровождаются разнообразными, часто противоположными эмоциональными переживаниями: эйфория, экстаз сменяются тревогой, паническими реакциями. Цвета, звуки приобретают необычную насыщенность, обостряется восприятие музыки, усиливаются вкусовые ощущения. Для интоксикации ЛСД характерными являются синестезии, когда звук "видят", а цвет, образ "слышат", музыка воспринимается как "цветомызыка". Наблюдаются расстройства схемы тела, явления дереализации и деперсонализации, нарушения восприятия времени и пространства.

Современная классификация наркотических и иных одурманивающих средств (продолжение).

- **Летучие растворители-ингалянты(F18).**
- Бензины;
- Растворители лаков и красок;
- Пятновыводители;
- Синтетические клеи;
- Аэрозоли;
- Дезодоранты;
- Жидкости для снятия лака с ногтей;
- Горючие и выхлопные газы;
- Ацетон;
- Закись азота;
- Тoluол.

Летучие растворители-ингалянты(F18).

Ингалянты — летучие вещества, которые вдыхают с целью получить опьянение. В качестве ингалянтов обычно используются всевозможные органические растворители, являющиеся средствами бытовой и промышленной химии. В нашей стране злоупотребление ингалянтами началось в конце 60-х годов — сперва пятновыводителями, затем бензином, в последующем— различными сортами клея, ацетоном, различными лаками и красками.

В настоящее время в качестве ингалянтов используются обычно различные средства бытовой и промышленной химии: бензин, пятновыводители, растворители, ацетон, корректирующие жидкости для пишущих машинок, всевозможные синтетические клеи ("Момент", "Минутка" и пр.). В их состав входят в основном алифатические и ароматические углеводороды. Среди них — бензол, ксилолы, толуол, ацетон, этиловый и амиловый эфиры, галогенизированные (например, трихлорэтилен) и фторизированные (ди-, трихлорфторметан) углеводороды. При этом "арсенал" употребляемых веществ неуклонно растет.

Все упомянутые средства имеют сходные качества: хорошо растворяются в жирах, имеют высокую токсичность и быструю испаряемость.

По вызываемым эффектам они относятся к группе сильнодействующих депрессантов центральной нервной системы. При вдыхании летучие компоненты веществ быстро поступают через альвеолы в кровь, а затем по малому кругу кровообращения непосредственно в головной мозг, вызывая состояние острого токсического опьянения. Начальный эффект проявляется уже через несколько секунд после начала вдыхания. Некоторая часть вдыхаемого вещества попадает в организм через пищеварительный тракт.

Среди способов употребления наиболее популярны вдыхание паров летучих жидкостей с помощью намоченной ткани или из бумажных или пластиковых пакетов. Реже используется аппликация на кожу головы. Возможно разбрызгивание ингалянтов прямо в нос или в рот. Эффект всех летучих органических растворителей очень близок. Имеются лишь некоторые различия в характере эйфории, в продолжительности действия разных веществ. В целом клиническая картина интоксикации определяется не столько видом растворителя, сколько зависит от срока и длительности его употребления. Поэтому ряд авторов, описывающих опьянение летучими органическими растворителями, выделяют степень интоксикации или фазы интоксикации, различающиеся по своей глубине.

Летучие растворители-ингалянты(F18).

Из-за быстрой испаряемости употребляемых средств, разной интенсивности вдыхания трудно выявить дозу употребляемого вещества. Дозы индивидуальны в каждом случае. В среднем первоначальные дозы при употреблении органических растворителей не превышают 10 — 15 мл жидкости. Картина опьянения зависит от длительности вдыхания, количества вдохов и умения вдыхать.

У начинающих потребителей после 3 — 5 вдохов появляются легкое головокружение, шум в голове, першение в горле, слезо- и слюноотечение, двоение в глазах, легкое оглушение. Зрачки расширяются, пульс учащается. Затрудняется концентрация внимания, замедляется реакция на внешние раздражители. Речь становится дизартричной. Если вдыхание прекращается, состояние опьянения продолжается еще 10— 15 минут и сменяется неприятными ощущениями тяжести в голове, головными болями. Появляется специфический сладковатый вкус во рту, тошнота, могут быть рвота, жажда.

Если вдыхание органических растворителей продолжается более длительный срок, вслед за оглушенностью и расслабленностью развивается психомоторная активность, иногда возбуждение. Повышается настроение, появляются психосенсорные расстройства: искажаются формы и размеры предметов, цвета становятся более яркими и контрастными, меняется тембр внешних звуков и голосов, все услышанные слова и звуки многократно повторяются, превращаясь в "бесконечное эхо". Симптом "эхо" очень характерен для интоксикации ингалянтами. При продолжении ингаляции звуки становятся все тише, больные перестают замечать происходящее вокруг, как бы отключаются от него, и постепенно развивается делирий. При закрытых глазах появляются очень яркие и образные сценopodobные галлюцинации. Эти галлюцинации носят характер либо последовательно сменяющихся друг друга картин с определенным сюжетом, действующими лицами, движущимися фигурами, большими и малыми, как при мультипликации. Либо сюжета нет, картины просто сменяют друг друга без всякой последовательности. Реальное тесно переплетается с фантастическим, необычным. Галлюцинаторные образы представлены либо в виде живых существ (людей или животных), имеющих вполне реальные формы и цвет, либо в виде необычных существ или предметов (кружочки, квадратики, необычные фигурки и пр.). Характерно, что галлюцинаторные образы всегда очень яркие, цветные, находятся в непрерывном движении. Все предметы кажутся объемными, часто меняют форму.

Преобладают как бы проецирующиеся на экран картины сказочного, авантюрно-приключенческого или эротического содержания, иногда напоминающие сюжеты виденных кинофильмов. Нередко галлюцинации носят устрашающий характер. К зрительным галлюцинациям могут присоединиться слуховые. Больные "слышат" музыку или голоса, с которыми поддерживают беседу. Изолированных слуховых галлюцинаций, без зрительных образов, обычно не бывает. Аффект зависит от содержания галлюцинаций. Это может быть и аффект радости, счастья, блаженства, и аффект страха. При этом подростки отмечают, что даже те картины, которые сопровождаются страхом, все равно приятны: "и страшно, и приятно".



В умеренном освещении находится в среднем размере, изменяясь в зависимости от яркости света, зрачок постоянно находится в движении от суженного до расширенного. Так же влияет резкость перемены освещения, так если посветить в глаза фонариком, то у трезвого человека зрачок незамедлительно сработает на сужение, выключив яркий свет зрачок расширится - это признак нормальной работы зрачка.

Зрачок в норме (человек предположительно трезв)



Зрачок сужен

Зрачок глаза суженный (маленький), не реагирует на смену освещения, если посветить фонариком несколько секунд и выключить, то зрачки останутся в одном, суженном положении.

- Опиаты (Героин, морфин, кодеиносодержащие медпрепараты: терпинкод, коделак, нурофен и др.)



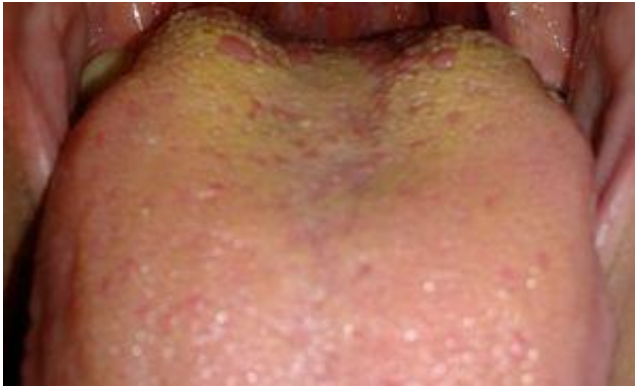
Зрачок расширен

Зрачок расширен, в таком положении сразу заметен, обычно действие таких наркотиков продолжается около 24 часов (кроме кокаина у которого действие 1-1.5 часа), и зрачок может быть расширенным по прошествии суток и более, приходя иногда в среднее положение, затем опять расширяясь, это происходит по мере протрезвления человека.

-Стимуляторы (амфетамины, экстази, ЛСД, mdpv)

-Каннабиноиды (марихуана, гашиш, синтетич. каннабиноиды)

-Снотворно-седативные средства (Барбитураты: фенобарбитал, барбамил, реладорм; бензодиазепины феназепам, тозепам, нитрозепам).



Зеленый налет (каннабиноиды)



Коричневый налет (барбитураты)



Белый налет (опиаты)



Розовый налет с трещинами (амфетамины)

Клиника опийного опьянения

Фаза	Основные проявления
Первая фаза	Проявляется через 10--30 с ощущением чувства тепла в области поясницы или живота, поднимающегося вверх, сопровождаемого кожными ощущениями легкого поглаживания. Лицо краснеет. Зрачки сужаются. Появляется сухость во рту. Голова становится легкой, в груди распирает от радости, появляется чувство прозрения. Сознание сужено, пациент сосредоточен на телесных ощущениях. Это состояние «прихода» длится до 5 мин, ощущается только новичками. При введении кодеина (3-5 таблеток) первая фаза смазана, отличается гиперемией верхней части тела и отечностью лица, зудом кожи лица, шеи, верхней части туловища. Эти проявления сохраняются и во второй фазе и продолжаются в течение 1,5-2 ч.
Вторая фаза	Называется «кайфом», «нирваной», характеризуется благодушной истомой, ленивым удовольствием, тихим покоем. Опьяневший вял, малоподвижен, в руках и ногах чувство тяжести и тепла. Появляются грезоподобные фантазии, визуализация представлений. Грезы сменяют одна другую. Внешние раздражители воспринимаются искаженно. При употреблении кодеина первая фаза переходит в состояние двигательного и психического возбуждения. Опьяневший оживлен, смешлив, громко разговаривает, жестикулирует, не сидит на месте, речь быстрая. Продолжительность фазы до 3-4 ч.

Клиника опийного опьянения

Фаза	Основные проявления
Третья фаза	Представляет поверхностный сон в течение 2-3 часов.
Четвёртая фаза	Фаза последствий, характеризуется плохим самочувствием, головной болью, беспричинным беспокойством, иногда тревожностью, тоской. Отмечается тошнота, головокружение, мелкий тремор рук, языка, век.

Клиника опийного опьянения

При передозировке опиатов наблюдается сноподобное состояние, но может быть выраженное возбуждение, сопровождающееся сухостью в полости рта, чувством жара, резкой слабостью, симптомами нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы.

В результате длительного употребления препаратов опийной группы у больных возникают нарушения как в соматической, так и в психической сфере.

- Характерен внешний вид опийных наркоманов, особенно при длительном периоде наркотизации: больные выглядят значительно старше своего возраста, кожные покровы сухие, бледные с характерным желтушным оттенком, какой бывает при заболеваниях печени; многочисленные морщины на лице, раннее полысение; волосы и ногти становятся тусклыми, ломкими, теряют свой блеск. Очень характерно разрушение зубов (кариес и выпадение), часто выпадают все зубы. Для наркоманов характерно также падение массы тела вплоть до выраженного истощения (дефицит массы тела может достигать 7—10 кг и более). Очень типичны изменения вен после многочисленных инъекций наркотика: они утолщены и выглядят как толстые жгуты. По ходу таких вен могут быть видны многочисленные рубцы после нагноений и абсцессов и отмечается снижение чувствительности; иногда происходит полная облитерация русла вен. Часты флебиты. Наиболее грубые изменения вен наблюдаются при употреблении самодельных опийных препаратов.
- У больных опийными наркоманиями часто развиваются пневмонии, гепатиты, гломерулонефриты и полиневриты; характерны изменения психики, которые особенно выражены при длительном злоупотреблении наркотиками. На начальных этапах заболевания преобладают астенические расстройства, больные только после введения наркотика становятся трудоспособными. На поздних этапах больные становятся нетрудоспособными из-за постоянной астении и анергии (падение энергетического потенциала).

Клиника опьянения каннабиноидами

Фаза	Основные проявления
Первая фаза	<p>Не обязательна. Через 2-5 мин появляется чувство страха, тревожной подозрительности. Обостряется восприятие внешних раздражителей. Длится 5-10 мин.</p>
Вторая фаза	<p>Появляется расслабление, легкость, благодушие. Присоединяются расстройства восприятия, мышления и сознания. Расстройства восприятия проявляются в нарушении восприятия пространства, цветов, интенсивности и характера звуков и шумов, времени, схемы собственного тела. Характер проявления этих расстройств индивидуален. Мышление по мере наступления интоксикации приобретает эмоциональное содержание, меняется в своем качестве и темпе. Чаще всего это благодушие, редко страх. Изменяется оценка членов группы, в которой происходит наркотизация. Характерна легкость решений, беспечность и безответственность в действиях. Ускоряется темп мышления. Изменение сознания последовательно, с углублением интоксикации происходит сужение, оглушение, сумерки. Вначале сознание ясное. Затем происходит сужение сознания. Проявляется в форме специфического общения в группе, употребляющих наркотик. Каждый отвечает на вопросы соседа, вслушивается в разговор, подает реплики.</p>

Клиника опьянения каннабиноидами

Фаза	Основные проявления
Третья фаза	<p>Характеризуется парадоксальностью восприятия, эмоциональной спутанностью, хаотичностью переживаемых чувств. Мышление приобретает черты бессвязности вплоть до отрывочного бреда. Сознание оглушено. Эмоциональная спутанность проявляется в форме индуцированной мимической имитации аффектов, которые субъективно не ощущаемы. Наркоман смеется вслед за соседом, не испытывая при этом веселья, и плачет, не чувствуя печали, если заплакал сосед. АД повышено, тахикардия. Дискоординация усилена. Двигательное оживление сменяется вялостью, речевая продукция бессвязна.</p>
Четвёртая фаза	<p>Спад возбуждения. Бледность, вялость, слабость, гипотензия, гипорефлексия. Аппетит повышен. Сознание ясное, хотя отмечается медлительность, заторможенность, апатия. Вскоре наступает сон продолжительностью до 10-12 ч, беспокойный, поверхностный, со вздрагиваниями, бормотанием. После пробуждения снова много ест и пьёт.</p>

Клиника опьянения каннабиноидами

- Хроническая интоксикация гашишем приводит к изменениям личности больных. У больных развивается "амотивационный синдром" (по терминологии зарубежных исследователей). Они становятся пассивными, вялыми, замкнутыми, угрюмыми, внимание их неустойчиво, а память снижена. При хроническом употреблении гашиша описан также псевдопаралитический синдром. Могут наблюдаться шизоформные галлюцинаторно-параноидные психозы. С учетом этого неоднократно поднимался вопрос о связи между злоупотреблением препаратами каннабиса и развитием шизофрении. Однако в настоящее время большинство исследователей наличие такой связи отвергают, считая, что приемы гашиша и марихуаны могут лишь провоцировать развитие шизофрении, а шизофреноподобные психозы при гашишной наркомании возникают только у лиц с соответствующей предрасположенностью к ним.
- Хроническое употребление препаратов конопли приводит к развитию соматических нарушений. У гашишеманов отмечается повышенный риск развития хронических бронхитов и рака дыхательных путей, а также рождения детей с небольшой массой тела (при употреблении каннабиса во время беременности).

Клиника опьянения синтетическими каннабиноидами (JWH, AV-Pinaca, AV-Fubinaca, «спайсы»)



Накурившись, человек теряет способность сосредоточиться, нарушается способность восприятия мира. Человек, выкурив такую сигарету, вдруг начинает беспричинно хохотать, не может общаться с теми, кто рядом.

Эффекты, вызываемые «спайсом» можно разделить на несколько групп:

- **Местные реакции** - раздражение дыхательных путей: осиплость голоса, кашель, слезотечение. В последующем хронические воспалительные заболевания дыхательных путей: ларингиты, бронхиты, фарингиты. Не исключено возникновение злокачественных опухолей верхних дыхательных путей.
 - **Токсические реакции** - учащенное сердцебиение, повышение артериального давления, рвота, судороги. Зафиксированы случаи комы, смерти.
 - **Центральные нервные реакции**: антиноцицептивное (снижение порога болевой чувствительности), транквилизирующее, галлюциногенное. Синтетическая марихуана наносит сокрушительный удар по клеткам головного мозга, вызывая необратимые процессы разрушения, ведущие к слабоумию и пожизненной инвалидности. Существование «овоща» - таковы страшные последствия спайса. Аффективные расстройства (эйфория, тревога, депрессии, различные произвольные реакции (плач, смех)).
- Неспособность управлять эмоциями, чувствами и действиями зачастую приводит к трагическим последствиям, одним из которых может быть смертельный исход.

Клиника опьянения синтетическими каннабиноидами (продолжение)

Внешними проявлениями состояния опьянения, вызванного употреблением «спайсов»:

- Инъекция склер глаз, блеск в глазах, слезоточивость, гиперемия лица.
 - Двигательное возбуждение, сопровождающееся стремлением к постоянному нецеленаправленному движению, размашистые, плохо координированный, иногда необычные вычурные движения конечностями, неустойчивость при ходьбе.
 - Речь ускорена по темпу, иногда невнятная, многословная. Легко переключается с одной темы на другую. В содержании высказываний отражается возможно имеющая место галлюцинаторно-бредовая симптоматика.
 - Эмоциональная нестабильность, беспричинный переход от эйфории к тревоге и страху. Проявление немотивированной агрессивности к окружающим.
 - На фоне болезненных переживаний возможно совершение суицидальных попыток или нанесение себе повреждений.
- Длительность опьянения от 30 минут до нескольких часов.



Клиника опьянения барбитуратами

Фаза	Основные проявления
Первая фаза	Возникает сразу же после введения, «на игле». Проявляется в форме раушнаркоза: мгновенное оглушение, в глазах темнеет, возможны акоазмы и фотопсии, видение светящихся точек, кругов. Эти ощущения приятны. Больные ищут эти ощущения, повторно вводя наркотик внутривенно. Возникает расширение зрачков, гиперемия верхней части туловища и слизистых оболочек, резкая мышечная слабость. Окружающее не воспринимается, о себе в этот момент наркотизирующийся говорит, что он «отключился». Длительность фазы — несколько секунд.
Вторая фаза	Заключается в переживаниях беспричинного веселья, желании двигаться, действовать, что-то предпринять. Моторная активность повышается. Наркотизирующийся в движении, но движения беспорядочны. Качество осмысления и суждений резко падает. Внимание крайне отвлекаемо, предмет действий и тема речи постоянно меняются. Эмоциональный фон неустойчив. Опьяневший легко раздражим, и веселость тут же переходит в гнев. Восприятие окружающего искажается, становится кататимным. Опьяневший может пристать к прохожему с объятиями или вступить в ссору. Психические дисфункции сопровождаются грубыми неврологическими расстройствами: латеральный нистагм, диплопия, дизартрия, дизметрия, нарушение координации, согласованности движений, неустойчивость при ходьбе и стоянии, рефлексы снижены. Движения размашисты, грубы. Зрачки расширены, реакции их вялые, гиперсаливация, склеры и кожа лица гиперемированы, кожа с сальным отливом, на языке коричневый налет. Частота пульса и АД снижены, пульс напряженный, повышено потоотделение, пот горячий, температура тела снижена. Вторая фаза длится 2-3 ч.

Клиника опьянения барбитуратами

Фаза	Основные проявления
Третья фаза	<p>Сон, глубокий, тяжелый, разбудить наркотизирующегося трудно. Бледность, брадикардия и гипотензия сохраняются. Мышцы вялы, конечности тяжелы и расслаблены. Сон длится 3-4 ч.</p>
Четвёртая фаза	<p>Возникает при пробуждении. Представлена вялостью, чувством разбитости, неспособностью сосредоточиться, падениемсообразительности. Горизонтальный нистагм в крайних отведениях, снижение сухожильных рефлексов. Движения неловки, мышечная слабость, иногда тремор. Головная боль, часто тошнота, рвота. Аппетит отсутствует, но бывает жажда. Выпитый стакан горячей воды возбуждает чувство опьянения: головокружение, подъем настроения, возрастание активности.</p>

Клиника опьянения барбитуратами

- Грубая неврологическая симптоматика отличает это опьянение от алкогольного. Поэтому внимание врача должны привлечь дизартрия, атаксия, нарушение согласованности движений, крупный латеральный нистагм, резкое расширение зрачков с вялой их реакцией на свет, гиперсаливация, гипергидроз, склонность к гневливости и агрессии. Характерен внешний вид больных: они бледны, пастозны, цвет лица с грязно-землистым оттенком, язык обложен. Отмечаются трофические нарушения: раны долго не заживают, гноятся; множество кожных гнойничковых высыпаний; глаза теряют свой блеск; волосы становятся ломкими.
- Постепенно у больных развивается состояние токсической энцефалопатии, проявляющейся в замедленности мыслительных процессов и речи, выраженном интеллектуально-мнестическом снижении. Развивается характерная барбитуровая деменция со снижением сообразительности, затруднениями при малейшем умственном усилии, медлительностью мышления, замедленной речью, ограничением запаса слов, грубыми нарушениями памяти. Больные не критичны к своему состоянию и заболеванию в целом. У них отсутствуют какие-либо нравственно-этические нормы поведения. Они грязны и неряшливы. Состояние вялости и апатии часто сменяется грубыми дисфорическими реакциями со злобностью, иногда агрессивностью. Лицо амимично, маскообразно. Выражены изменения личности. Больные эгоистичны, лживы. Нравственная деградация превосходит таковую при всех других формах наркомании.

Клиника опьянения транквилизаторами

- Клиническая картина интоксикации, вызванной бензодиазепинами, напоминает таковую при барбитуровом опьянении, но частично зависит и от принимаемого препарата. Так, **радедорм** вызывает опьянение, сходное с алкогольным, сочетающимся с выраженной заторможенностью, сонливостью, миорелаксацией; **феназепам** вызывает расторможенность, немотивированную двигательную активность; **диазепам** вызывает эйфорию. Следует, однако, отметить, что больные, злоупотребляющие производными бензодиазепинов, чаще всего чередуют или комбинируют разные препараты этой группы.

Клиника опьянения транквилизаторами

- Доза, необходимая для достижения эйфории, обычно в несколько раз превосходит терапевтическую. При однократном приеме 4–5 таблеток (20–25 мг) диазепама (седуксена, реланиума) внутрь можно испытать состояние эйфории. Последняя характеризуется повышенным настроением, неусидчивостью, стремлением куда-то идти, что-то делать. При этом может снижаться четкость восприятия окружающего, затрудняется переключение внимания, снижается скорость реакций. Некоторые больные отмечают ощущение полета, невесомости.

Клиника опьянения транквилизаторами

- Внешне пациенты в описанном состоянии производят впечатление людей, находящихся в состоянии выраженного алкогольного опьянения. У них нарушена координация, походка становится неуверенной, с пошатыванием. Они оживлены, болтливы. Речь дизартрична. В речевой продукции обнаруживаются персеверации. Отмечается бледность кожных покровов, лица. Зрачки расширены, с вялой реакцией на свет. Язык обложен плотным беловатым налетом. Слизистые оболочки сухие. Мышечный тонус (особенно нижних конечностей) резко снижен. Опьянение заканчивается сном или постепенно проходит и сменяется состоянием вялости, физической слабости, «руки не поднимаются, ноги как ватные».

Клиника опьянения амфетаминами

Фаза	Основные проявления
Первая фаза («приход» — на жаргоне наркоманов)	<p>При введении эфедрона опьянение описывается пациентами как ощущение поднимающейся вверх от рук и ног расслабляющей волны. При этом наблюдаются деперсонализационные расстройства: появляется чувство потери собственной массы, ощущение, что тело становится необычно легким, невесомым. В дальнейшем повышается настроение, больные становятся веселыми, благодушными, им легче дышать, все волновавшие их до наркотизации проблемы уходят на второй план. Преобладают положительные эмоции. Появляется уверенность в себе, в своих силах. наблюдается двигательное и речевое возбуждение. Субъективно больные ощущают прилив сил, энергии. У них появляется желание реализовать свою энергию в действии, кажется, что все преграды преодолимы, ускоряется процесс мышления, наблюдается быстрая смена ассоциаций. Это состояние напоминает маниакальное. Обращает на себя внимание повышенная болтливость, сопровождающаяся наплывом мыслей, неустойчивостью внимания. Больные часто говорят, не слушая друг друга.</p> <p>Первая фаза эфедроновой интоксикации длится обычно 5–10 мин, в редких случаях 15–20 мин.</p>

Клиника опьянения амфетаминами

Фаза	Основные проявления
Вторая фаза	<p>В состоянии наркотической интоксикации во второй фазе больные беспокойны, суетливы, не могут усидеть на одном месте, постоянно меняют положение тела, совершают много лишних движений. Стремление к деятельности, прилив энергии и сил характерны для второй фазы интоксикации как при эфедроновом, так и при первитиновом опьянении. Но при употреблении эфедрона эта деятельность чаще реализуется в обыденных действиях: уборка квартиры, стирка белья, ремонт бытовой техники (который обычно чаще заканчивается на стадии ее разборки) и пр. В отдельных случаях больные играют подолгу на музыкальных инструментах. При употреблении первитина больные, помимо обыденной деятельности, стремятся заниматься «творчеством». В состоянии наркотической интоксикации они начинают сочинять стихи или прозу, музыку, рисовать. Склонные к техническим наукам собирают различные металлические детали с целью создать «замечательные» машины. Все это сопровождается ощущением счастья, озарения. Объективно же вся «деятельность» больных в период интоксикации носит непродуктивный, однообразный, псевдотворческий характер.</p>

Клиника опьянения амфетаминами

Фаза	Основные проявления
	<p>При острой интоксикации кустарными психостимуляторами наблюдаются повышение АД, акрогипергидроз, тошнота, иногда рвота, задержка мочи, отсутствие аппетита, бледность кожных покровов, сухость слизистых оболочек, тахикардия, иногда синусовая аритмия, экстрасистолия, гипертермические реакции. В неврологическом статусе отмечаются мидриаз, красный стойкий дермографизм, отсутствие или ослабление реакции зрачков на свет, недостаточность конвергенции, горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм, диффузная мышечная гипотония, снижение или отсутствие сухожильных и периостальных рефлексов. Наблюдаются также статическая атаксия, промахивание и элементы гиперметрии при выполнении координаторных проб, интенционный тремор.</p>

Клиника опьянения МДРВ

- По поведению и внешнему виду человека не всегда можно понять, что он употребляет наркотики. Но не в случае с Солью. Вы легко узнаете солевого наркомана по явным отличительным признакам.
- первое, что выдаёт солевого наркомана. От возбуждения зрачки сильно расширяются, и человек производит впечатление душевнобольного. Наркоман “под Солью” начинает дёргаться, корчить гримасы, его речь становится невнятной и несвязной, а нижнюю челюсть как будто сводят судороги.
- Стимулирующее воздействие Соли приводит к суетливости, беспокойству, беспорядочной жестикуляции и бесцельным движениям. Под действием наркотика человек стремится к активной деятельности, но эмоциональное возбуждение не дает ему сконцентрироваться на задаче, поэтому результатов труда обычно нет.
- Солевой наркоман может чувствовать себя всемогущим, вести себя заносчиво и агрессивно. Но потом хорошее самочувствие резко сменяется хандрой и подавленным настроением, приступами паники и параноидальными идеями.
- Наркоман испытывает сильную жажду, а аппетит совсем теряет. Он может подолгу ничего не есть, что приводит к стремительной потере веса. После употребления Соли человека мучает бессонница, которая может длиться до 2 недель.
- у солевых наркоманов чаще слуховые, но бывают и зрительные. Среди частых явлений - головокружения, тошнота, кровотечения из носа. Пальцы приобретают синеватый оттенок. Наркоман начинает искать остатки соли: увидев крошки на полу, он собирает их и ест, принимая за наркотик.
- Употребляющий Соль человек выглядит неаккуратно, не поддерживает порядок дома, пренебрегает личной гигиеной.

Клиника опьянения MDPV

- Наркоман становится раздражительным и скрытным, часто пропадает и не выходит на связь по несколько дней.
- Последствия употребления Соли
- Негативные последствия употребления Соли проявляются гораздо раньше, чем при приёме натуральных наркотиков. Уже через несколько месяцев регулярного употребления наркоман заметно худеет, выглядит истощенным, кожа становится дряблой. Ресурсы организма быстро исчерпываются, органы - особенно печень и почки - изнашиваются, что при отсутствии адекватного лечения приводит к летальному исходу.
- Соли вызывают следующие заболевания:
- **пищеварительные расстройства**
- **аритмию**
- **бессонницу**
- **отек мозга**
- **почечную недостаточность**
- **печеночную недостаточность**
- **дыхательную недостаточность**
- **сердечную недостаточность**
- **злокачественные опухоли**
- **инфаркт**
- **стоматит**
- **иммунные нарушения**
- Отдельно стоит выделить психические расстройства. У солевых наркоманов часто развивается **шизофрения, мания преследования, психозы, суицидальные наклонности**. Психика не выдерживает постоянной стимуляции, наркозависимый деградирует как в личностном плане, так и в интеллектуальном.

Какова цена за «соль»?



«Соль» - это бытовое название синтетического наркотика, который стремительно уничтожает человека изнутри...

Употребление наркотиков ведет к серьёзным и необратимым последствиям...

Клиника опьянения кокаином

Фаза	Основные проявления
Первая фаза	<p>Физиологические и поведенческие изменения (эйфория, повышение АД и др.) начинаются через 2 мин. после внутривенного введения кокаина и достигают своего пика в течение 5–10 мин. При интраназальном способе применения действие начинается через 5–10 мин и пик наблюдается в пределах 15–20 мин. В течение приблизительно 30 мин эффекты постепенно исчезают. В случаях использования «крэка» сроки начала действия сравнимы с таковыми при внутривенном введении кокаина.</p> <p>Эффекты острой кокаиновой интоксикации во многом напоминают таковые при употреблении амфетаминов, т. е. отражают его стимулирующее действие на ЦНС. Наблюдаются подъем настроения, ощущение своих повышенных возможностей, расторможенность, многоречивость, гиперактивность. При более выраженном кокаиновом опьянении состояние можно расценивать как маниакальноподобное: отмечается нарушение суждений, грандиозность планов, импульсивность, безответственность, «швыряние» деньгами, гиперсексуальность, резкая переоценка собственной личности и своих возможностей, компульсивные повторяющиеся действия, нередко бывает выраженное психомоторное возбуждение.</p>

Клиника опьянения кокаином

Фаза	Основные проявления
Вторая фаза	<p>Обычно период эйфории, за исключением тех случаев, когда наркотический эпизод исключительно короткий или доза кокаина очень низкая, сменяется второй фазой кокаиновой интоксикации, так называемой посткокаиновой дисфорией. Эйфория сменяется тревогой, разбитостью, раздражительностью, апатией, депрессивным аффектом.</p> <p>В период острой кокаиновой интоксикации наблюдаются соматические и неврологические нарушения: сухость во рту, потливость, дрожание, жжение в глазах, расширение зрачков, головные боли, учащение позывов к мочеиспусканию, гипергидроз, тахикардия, гипертензия, озноб, повышение рефлексов, миоклонические подергивания, повышение температуры тела, бессонница, отсутствие аппетита, тошнота, диарея, сердечные аритмии. При употреблении очень высоких доз возможны судорожные припадки (вплоть до эпилептического статуса), острые сердечные аритмии с остановкой сердца или остановка дыхания с летальным исходом. Кокаиновые эпизоды могут продолжаться до 7 дней, но обычно длятся менее 12 ч.</p>

Клиника опьянения кокаином

В последствии употребления кокаина зависимые становятся разбитыми, удрученными, тоскливыми и депрессивными. В результате формируется тяга к кокаину, поскольку избавиться от депрессии можно лишь путем введения очередной дозы кокаина.

Признаки и симптомы

- Признаки и симптомы употребления кокаина можно заподозрить по внешним проявлениям психического и физического характера. У людей, принимающих наркотики изменяется поведение, они перестают за собой следить, часто проявляет чрезмерную самоуверенность в своих поступках, отличается резко меняющимся настроением и пр.

Физиологические

- Расширенных зрачков;
- Побледнения покровов кожи;
- Гиперпотливости;
- Учащения пульса;
- Тахикардии;
- Сужения кровеносных сосудов;
- Озноба;
- Кишечных расстройств;
- Гипертермии;
- Учащенного дыхания;
- Угнетения рвотных рефлексов;
- Частых респираторных инфекций;
- Хронического ринита.

Кокаинозависимый начинает стремительно худеть, его внешний вид становится неопрятным. Глаза кокаиниста часто выглядят налитыми кровью, что связано с длительной и изнуряющей бессонницей. Из-за кажущихся укусов насекомых наркоман расчесывает свою кожу. Подобное явление даже получило название «кокаиновые клопы».

Клиника опьянения кокаином

- **Употребление кокаина заметно отражается на поведении наркомана:**
- Поскольку наркотик вызывает эйфорические состояния, то человек становится беспричинно счастливым. В его поведении появляется излишняя развязность и самоуверенность, чрезмерная говорливость, торопливость в движениях. Человек больше обычного смеется либо может внезапно стать импульсивным и агрессивным.



- Подобные поведенческие изменения могут наблюдаться у человека на протяжении примерно получаса.
- Кокаинисты для употребления очередной дозы должны регулярно уединяться, поэтому частые отлучки в ванну или туалет на фоне вышеперечисленных симптомов должны заронить зерно подозрения.
- Постоянное перевозбуждение на фоне употребления кокаина провоцирует бессонницу и отсутствие аппетита.
- Употребление кокаина имеет определенные последствия. Так, после весело проведенного вечера под кокаином наутро человек испытывает заметное раздражение, подавленность и вялость. Некоторые устраняют последствия кокаина с помощью спиртного, транквилизаторов либо седативных препаратов.
- У человека, употребляющего кокаин, нередко имеются денежные затруднения, ведь этот наркотик весьма дорогостоящий. Поэтому такие люди часто просят в долг, не объясняя цели займа. Из дома начинают пропадать ценные и дорогостоящие предметы, наркоману приходится их воровать, чтобы оплачивать дозы кокаина.
- Со временем развивается кокаиновая зависимость. Кокаинист становится нечестным, ненадежным и скрытным, в его поведении часто присутствуют резкие и беспричинные перепады настроения, появляются признаки психической неуравновешенности, депрессии. Наркоман пренебрегает былыми ценностями морали, семьей, детьми и пр.



**Благодарю за
внимание!**