

Диагностическая значимость отдельных симптомов алкогольного опьянения при медицинском освидетельствовании

ЗЕРЕНИН А.Г.

к.м.н., руководитель отделения профилактики среди работников профессий повышенного риска
ННЦ наркологии Росздора, Москва

МОСТОВОЙ С.М.

д.м.н., профессор, в.н.с. ННЦ наркологии Росздора, Москва

Рассматриваются вопросы совершенствования методик клинической диагностики при медицинском освидетельствовании для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения.

Введение

Подход к медицинскому освидетельствованию на установление факта употребления алкоголя и состояния опьянения в Российской Федерации и в зарубежных странах имеет принципиальные различия. В основу диагностики алкогольного опьянения в Российской Федерации положен клинический описательный принцип, а лабораторные исследования наличия этанола в биологических средах носят подтверждающий, вспомогательный характер, что закреплено и в действующих нормативных документах [1–5]. Во многих зарубежных странах введена предельно допустимая концентрация этанола в биологических средах (в разных странах различная — (0,3–1,0‰), превышение которой влечет за собой введенные законодателем административно-правовые санкции [6]. Причем по рекомендациям ученых законодатели постоянно изменяют ее в сторону снижения.

Диагностика клинических проявлений опьянения средней и тяжелой степени достаточно изучена, описана и не вызывает затруднений у практических врачей. Сложности возникают при констатации факта употребления алкоголя и состояния опьянения легкой степени. Действующим законодательством, в зависимости от ситуации, предусмотрена различная ответственность за разные состояния, связанные с употреблением алкоголя.

В течение последних лет вошел в силу ряд нормативных актов, существенно изменивших порядок проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения.

Так, в декабре 2001 г. были утверждены новый Трудовой кодекс РФ и новый Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях (КоАП РФ). Эти документы изменили требования к гражданам в связи с употреблением ими алкогольных напитков, а также порядок проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения. Пункт 6 ст. 81 Трудового кодекса РФ предусматривает возможность расторжения работодателем трудового договора в случае появления работника на работе в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения [5].

Основной контингент освидетельствуемых на состояние опьянения — это водители транспортных средств. Их освидетельствование в настоящее время производится на основании ст. 12.8, 12.32, 27.1.6, 27.12 КоАП РФ. В частности, п. 1. ст. 12.8 предусматривает санкции за управление транспортными средствами водителями, находящимися в состоянии опьянения; при этом закон не разделяет алкогольное или наркотическое опьянение. Ст. 12.26 предусматривает санкции за невыполнение водителем требований о прохож-

дении медицинского освидетельствования на состояние опьянения. На основании п. 6 ст. 27.12 КоАП медицинское освидетельствование на состояние опьянения лица, управляющего транспортным средством, и оформление его результатов осуществляются в порядке, установленном Правительством Российской Федерации [4].

В связи с этим врач, проводящий освидетельствование, должен не только констатировать факт употребления алкоголя, но и правильно квалифицировать состояние испытуемого, так как это служит медицинским критерием для установления определяемых в законе правонарушений, связанных с употреблением спиртных напитков. Но при вынесении заключения об установлении факта употребления алкоголя и состояния опьянения ряд диагностических признаков, выявляемых при клиническом обследовании, неспецифичен, непостоянен и их трактовка вносит значительную долю субъективизма в экспертную оценку.

Материалы и методы исследования

Работа проводилась в двух направлениях:

1) изучалась выраженность отдельных симптомов алкогольного опьянения при анализе заключений медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения;

2) исследовалась диагностическая значимость отдельных симптомов алкогольного опьянения, регистрация которых предусмотрена нормативными документами Минздрава РФ.

В настоящее время, в соответствии с МКБ-10, под *интоксикацией* (опьянением) понимается преходящее состояние вслед за приемом психоактивного вещества, заключающееся в расстройствах сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций, поведения или других психофизиологических функций и реакций, статики, координации движений, вегетативных и других функций. Диагноз является основным лишь в тех случаях, когда опьянение не сопровождается более стойкими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя. Острая интоксикация (опьянение) находится в прямом соответствии с уровнями доз. Исключениями могут быть пациенты с какими-либо органическими заболеваниями (например, почечной или печеночной недостаточностью), когда малые дозы вещества могут оказать непропорционально острый интоксикационный эффект. Должна также приниматься во внимание расторможенность, обусловленная социальными обстоятельствами (например, поведенческая расторможенность на праздниках, карнавалах и т.д.). Острая интоксикация — преходящее явление. Ее интенсивность со временем уменьшается, и при отсутствии дальнейшего употребления

вещества ее действие прекращается. Выздоровление поэтому является полным, за исключением случаев, где имеется тканевое повреждение или другое осложнение.

В МКБ-10 выделяются следующие диагностические критерии алкогольного опьянения (интоксикации).

G1. Очевидность недавнего употребления алкоголя в достаточно высоких дозах, чтобы вызвать интоксикацию.

G2. Симптомы и признаки интоксикации должны соответствовать известному действию конкретного вещества (алкоголя), и они должны отличаться достаточной выраженностью, чтобы привести к клинически значимым нарушениям уровня сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоционального состояния или поведения.

G3. Имеющиеся симптомы или признаки не могут быть объяснены заболеванием, не связанным с употреблением веществ, а также другим психическим или поведенческим расстройством.

Изучение симптоматики алкогольного опьянения нашло отражение в работах многих авторов, причем следует отметить, что в числе наиболее информативных ведущих признаков в клинике опьянения авторы называют различные симптомы [7–9].

Алкоголь, принятый в одном и том же количестве разными людьми или одним и тем же человеком в разное время, оказывает различное действие. Ранее, при изучении корреляций между результатами клинического и лабораторного исследования лиц, употребивших спиртные напитки, нами были выделены наиболее достоверные симптомы опьянения (нарушения речи и походки) и симптомы, имеющие лишь косвенное значение (изменения вегетативных реакций, координации мелких движений, устойчивости в позе Ромберга). Последние симптомы, по нашим наблюдениям, выявляются при экспертизе опьянения не только у лиц, употреблявших алкоголь, но также и у трезвых испытуемых.

Для более достоверной оценки диагностического значения отдельных симптомов при медицинском освидетельствовании на состояние алкогольного опьянения мы решили сопоставить выраженность их проявления в трех группах: в группе трезвых лиц, в группе употребивших спиртные напитки, но не признанных при освидетельствовании опьяневшими, и в группе опьяневших.

Изучение выраженности и диагностической значимости отдельных симптомов алкогольного опьянения при анализе экспертных заключений

Изучая пути совершенствования клинической диагностики алкогольного опьянения, мы не имели в виду диагностику средней и тяжелой степени опьянения, симптоматика которых достаточно выражена и, как правило, при вынесении экспертного заключения споров не вызывает. Наибольшую сложность для диагностического и, особенно, экспертного заключения представляет клиническое дифференцирование трезвого состояния, факта употребления алкоголя и опьянения легкой степени, что и составляло объект наших исследований, направленных на выявление четких диагностических критериев, позволяющих опираться на них при вынесении заключений.

Нами исследованы акты медицинского освидетельствования трех групп лиц: 110 трезвых испытуемых составили первую группу, вторую — 118 чел., у которых был выявлен факт употребления алкоголя, и третью — 108 чел., находившихся в состоянии алкогольного опьянения легкой степени.

Из 110 трезвых лиц 32 чел. были машинистами локомотивов, осмотренных нами в процессе линейного нарколо-

гического контроля, 38 чел. осмотрены в отделении профилактики среди работников профессий повышенного риска ННЦ наркологии, куда они были направлены либо сотрудниками ГИБДД после совершения дорожно-транспортного происшествия, либо представителями администрации предприятий, учреждений в связи с подозрением в употреблении спиртных напитков, и, наконец, 40 чел. были заочно признаны нами комиссионно трезвыми, в то время как при первичной экспертизе на местах им было вынесено заключение об алкогольном опьянении. Всем лицам, признанным трезвыми, проводилось медицинское освидетельствование в порядке, установленном нормативными документами и в соответствии с протоколом медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения [1].

Из 110 лиц, у которых был установлен факт употребления алкоголя, но не выявлено признаков опьянения, шести такое заключение было вынесено при медицинском освидетельствовании, четырем — во время обследования локомотивных бригад и 108 — при анализе актов медицинского освидетельствования.

Из 118 лиц, находившихся в состоянии алкогольного опьянения, 6 чел. были освидетельствованы нами, 102 заключения было вынесено заочно в результате анализа протоколов медицинского освидетельствования.

Анализ данных обследования лиц, которым было внесено заключение *трезв*, показал, что ни у одного из них не наблюдалось нарушений походки и речи и не был обнаружен этанол в биологических средах (выдыхаемый воздух, кровь, слюна). В то же время у 28 (25,5%) были отмечены такие особенности психики, как замкнутость, подавленность, беспокойство, напряженность, заторможенность. Достаточно выражены и изменения вегетососудистых реакций в виде гиперемии лица (32,7%), инъекции склер (37,3%), расширения зрачков (9,1%), умеренной тахикардии (в среднем до 85,5%) и гипертонии, (в среднем до 139/85 мм рт. ст.). Горизонтальный нистагм отмечался в 17,3%, тремор век и пальцев вытянутых рук — в 53,6%. В двигательной сфере отмечались: оживление мимики — в 30,9%, неустойчивость в позе Ромберга — в 17,3%, ошибки при выполнении точных движений — в 17,3%. В четырех случаях у трезвых лиц был отмечен слабый запах алкоголя изо рта.

При установлении факта употребления алкоголя (118 случаев), нарушений походки также не отмечалось ни в одном случае. Изменения поведения наблюдались в 22%, нарушения речи — в двух случаях (1,7%): в обоих речь шла о шепелявости: в первом — присущей испытуемому с детства, а во втором — ставшей результатом подготовки рта к протезированию зубов. Обращает на себя внимание при анализе актов и протоколов медицинского освидетельствования то, что к нарушениям речи врачи, проводящие освидетельствование, зачастую относят такие ее изменения, как громкость, ускорение, замедление, скороговорка, многословие, т.е. особенности, которые могли быть присущи испытуемым независимо от какого бы то ни было экзогенного воздействия. Оценивать их как характерные для алкогольного опьянения, не зная характерологических особенностей освидетельствуемых, по нашему мнению, необоснованно.

Несколько чаще, чем среди трезвых лиц, отмечалась гиперемия лица и инъекции склер (в 44,1%), расширение зрачков (11,0%). Горизонтальный нистагм, в то же время, выявлялся реже в 3 раза, а тремор — на 23% реже. Более выраженной была тахикардия, в среднем до 96,8 уд./мин. Артериальное давление было примерно на том же уровне.

Практически с той же частотой отмечались ошибки при выполнении координационных проб.

Основными отличительными симптомами, характерными для этой группы обследованных, в отличие от трезвых лиц, были: запах алкоголя изо рта, наблюдавшийся в 74,6%, и наличие этанола в биологических средах — 60,0%. При этом концентрация его не превышала 0,8‰.

Изучение 108 случаев, в которых был установлен диагноз алкогольного опьянения легкой степени, показало, что только в этой группе были отмечены нарушения походки (они наблюдались в 51,8% и выражались в шаткости, покачивании при поворотах, разбрасывании ног при ходьбе) и речи в виде невнятности, смазанности, дизартрии — 31,1% (т.е. нарушения артикуляции). Нарушения поведения отмечались в 60,1% (в 3 раза чаще, чем при установленном факте употребления алкоголя). При этом сами нарушения были качественно иными и более выраженными: агрессивность, дисфория, эйфория.

Изменения вегетативно-сосудистых реакций в состоянии опьянения встречаются чаще: гиперемия лица — 84,2%, инъекция склер — 85,5%, расширение зрачков — 35,1%. Значительно ярче выражена тахикардия (в среднем до 114,1 уд./мин.) Показатели артериального давления изменились незначительно, в среднем составляли 147/92 мм рт. ст.

В двигательной сфере оживление мимики, наиболее часто, отмечалось в трезвом состоянии. Значительно чаще наблюдаются неустойчивость в позе Ромберга (в 62,9%), ошибки при выполнении координационных проб (в 74%). Интересно, что тремор век и пальцев вытянутых рук был отмечен реже, чем у лиц в трезвом состоянии (48,1% против 53,9% у трезвых).

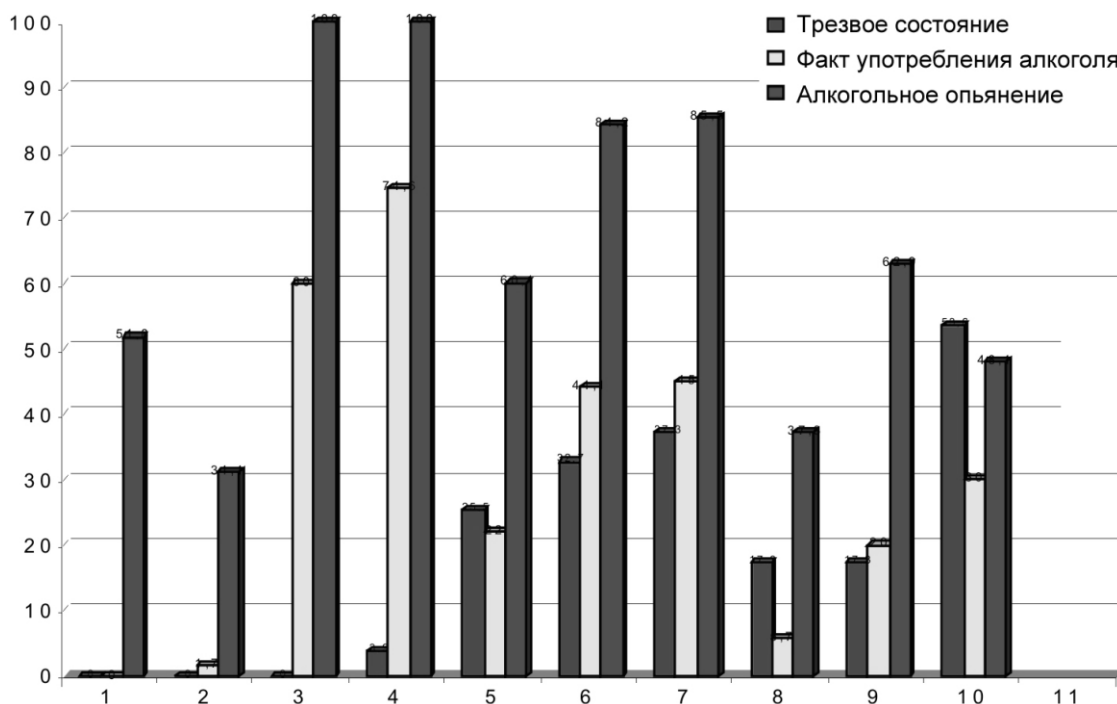
У всех лиц в состоянии опьянения отмечался запах алкоголя изо рта. Исследования этанола в биологических средах были проведены не всем освидетельствуемым (в 64,2%). Все результаты были положительными.

Следует отметить, что ни в одном случае мы не обнаружили достоверных сведений о времени употребления алкоголя в связи с тем, что обследуемые скрывали эту информацию в условиях освидетельствования. Это не позволяет судить о фазе действия алкоголя (резорбции или элиминации) — факторе, оказывающем существенное влияние на выраженность нарушений функций и связанном с концентрацией алкоголя в крови в различные фазы опьянения.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ частоты выявления отдельных симптомов в разных группах исследуемых лиц, показывает, что симптомами, обязательно выявляющимися при алкогольном опьянении и не встречавшимися ни у трезвых лиц, ни при факте употребления алкоголя, можно считать нарушения речи, походки в сочетании с запахом алкоголя изо рта и наличием этанола в биологических средах. При этом обязательными и всегда присутствующими при опьянении являются наличие этанола в биосредах и запах алкоголя изо рта. Нарушения же речи и походки могут отмечаться как вместе, так и по отдельности. Правда, запах алкоголя изо рта и наличие этанола в биологических средах отмечаются и при факте употребления алкоголя. Но запах алкоголя изо рта при факте употребления алкоголя встречался реже (не в 100, а в 74,6%), а что касается наличия этанола в биосредах, то основное различие заключается в его концентрации в крови или в выдыхаемом воздухе.

Изменения вегетативно-сосудистых реакций (гиперемия лица, инъекция склер, тахикардия, гипертензия, изменения зрачков, нистагм, наличие тремора) нарушения мимики, неустойчивость в позе Ромберга, не могут считаться прямыми диагностическими признаками. Они могут наблюдаться и у трезвых лиц, и при факте употребления алкоголя, и при опьянении. При этом у трезвых лиц и при факте употребления алкоголя различий в выраженности этих показателей практически нет. В состоянии опьянения, как нами показано выше, они встречаются значительно чаще.



1 — нарушения походки; 2 — нарушения речи; 3 — наличие этанола в биосредах; 4 — запах алкоголя изо рта; 5 — изменения поведения; 6 — гиперемия кожных покровов лица; 7 — инъекция склер; 8 — наличие нистагма; 9 — неустойчивость в позе Ромберга; 10 — наличие тремора

Отдельного обсуждения заслуживают изменения психической деятельности (поведения). Такие наиболее часто встречаемые в актах признаки, как раздражительность, взволнованность, вспыльчивость, агрессивность, болтливость, замкнутость, подавленность, молчаливость, имели место при обследовании как трезвых лиц, так и тех, у кого был выявлен факт употребления алкоголя, а также и у тех, кто находился в состоянии опьянения.

Тем самым, изменения психической деятельности (поведения), не могут служить четким диагностическим критерием. Действительно, описанные выше изменения психики скорее всего были обусловлены различными психогенными факторами, характерологическими особенностями личности, самой обстановкой медицинского освидетельствования, а иногда и заболеваниями. Что касается разграничения трезвого состояния и факта употребления алкоголя, то главным и единственным дифференциальным диагностическим критерием следует считать запах алкоголя изо рта и наличие этанола в биологических средах.

На основании проведенных исследований можно заключить, что безусловными или прямыми признаками алкогольного опьянения легкой степени являются запах алкоголя изо рта и наличие этанола в биологических средах в сочетании хотя бы с одним из обязательных признаков, встречающихся при алкогольном опьянении: с нарушениями речи или походки. Остальные исследовавшиеся показатели носят характер дополнительных (рисунков).

Изменения вегетативных реакций, нарушения мелких движений, устойчивости в позе Ромберга при проведении медицинского освидетельствования наблюдаются и у трезвых лиц.

На наш взгляд, разделение клинических признаков опьянения на основные и дополнительные целесообразно отразить в инструкции и методических указаниях по медицинскому освидетельствованию для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения. Это позволит унифицировать и объективизировать критерии вынесения заключения об алкогольном опьянении.

Заключение

Всего обследовано 336 водителей автопредприятий и машинистов локомотивных депо в ходе предрейсовых медицинских осмотров, а также в кабинете по проведению медицинского освидетельствования.

При исследовании актов медицинского освидетельствования 110 трезвых лиц, 118 чел., у которых диагностирован факт употребления алкоголя, и 108 чел., находившихся в состоянии алкогольного опьянения, установлено, что безусловными или прямыми признаками алкогольного опьянения легкой степени являются запах алкоголя изо рта, наличие этанола в биологических средах или выдыхаемом возду-

хе в сочетании с одним из наблюдаемых только при опьянении признаков: нарушением речи или походки.

Изменения вегетативных реакций, нарушения координации мелких движений, устойчивости в позе Ромберга при проведении экспертизы алкогольного опьянения в значительной части случаев встречаются и у трезвых лиц, и поэтому сами по себе не могут являться доказательствами наличия опьянения.

По нашему мнению, целесообразно разделить клинические признаки алкогольного опьянения на прямые (выявление которых при освидетельствовании характерно только для состояния опьянения) и дополнительные — встречающиеся и при других состояниях.

Это позволит унифицировать критерии вынесения заключения об алкогольном опьянении и избежать субъективного подхода отдельных экспертов, из широкого круга врачей различных специальностей, привлекаемых к этому виду медицинского освидетельствования.

Такой же подход правомерен при проведении освидетельствования лиц, подозреваемых в употреблении наркотических или других одурманивающих средств.

Результаты проведенных исследований при внедрении их в практику будут способствовать повышению методического уровня и повышению точности проведения медицинского освидетельствования на установление факта употребления алкоголя и состояния опьянения.

Список литературы

1. Приказ МЗ СССР №694 от 8.09.88 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения».
2. Приказ МЗ РФ N308 от 14.07.03 г. «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения».
3. Приказ МЗ и СР РФ №1 от 10.01.06 г. «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 июля 2003 г. №308».
4. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях. — «Ростов-Дон», 2002.
5. Трудовой Кодекс Российской Федерации // Российская газета, 31 декабря 2001. — №256 (2868).
6. Иванец Н.Н., Зеренин А.Г. К вопросу о медицинском освидетельствовании на состояние опьянения // Вопросы наркологии. — 2005. — №1. — С. 41—47.
7. Бабаян Э.А., Посохов В.В. Клинико-неврологические критерии в дифференциальной диагностике легкой и средней степени алкогольного опьянения // IV Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. Уфа, Тезисы докладов. Т. 2. — М., 1980. — С. 23—27.
8. Лесниченко В.А. Об экспертизе алкогольного опьянения // Вопросы наркологии. — 1990. — №1. — С. 62—64.
9. Ширинский П.П., Томилин В.В. Экспертиза алкогольного опьянения // Алкоголизм. — М., 1988. — С. 47—53.

THE DIAGNOSTIC IMPORTANCE OF SEPARATE SYMPTOMS OF ALCOHOLIC INTOXICATION AT PHYSICAL EXAMINATION

ZERENIN A.G.

MD, cand. med. sci., the head of branch of preventive maintenance among workers of trades of raised risk National Researcher Center of Narcology (NRCN), Moscow

MOSTOVOY S.M.

MD, PhD, Professor, leading scientific researcher National Researcher Center of Narcology (NRCN), Moscow

Questions of perfection of techniques of clinical diagnostics are considered at medical survey for an establishment of the fact of the use of alcohol and a condition of intoxication.