

І.С. Зозуля<sup>2</sup>, Н.В. Курділь<sup>1</sup>, В.М. Падалка<sup>1</sup>, О.В. Іващенко<sup>2</sup><sup>1</sup>Українська військово-медична академія, Київ<sup>2</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

# Гострі отруєння алкоголем у дорослих, алкогольна кома: практичні рекомендації на догоспітальному етапі

Оптимізація медичної допомоги на догоспітальному етапі при алкогольних отруєннях тяжкого ступеня не втрачає актуальності в Україні. Незважаючи на багаторічний досвід лікування при невідкладних станах, пов'язаних із токсичною дією алкоголю, діагностика та невідкладна допомога у разі алкогольної коми залишаються складним завданням для практичних лікарів. Помилки у процесі диференційної діагностики зумовлюють високі показники летальності та рівень розбіжностей клінічних діагнозів із патологічно-анатомічними і судово-медичними висновками. Нерідко виникають труднощі у процесі прийняття рішень, що потребують урахування різноманітних організаційних і юридичних норм, пов'язаних з оформленням медичної документації у разі втрати здоров'я внаслідок токсичної дії алкоголю. Впровадження у практику лікарів екстремої медичної допомоги сучасних підходів до діагностики та лікування пацієнтів у стані алкогольної коми сприятиме підвищенню ефективності надання екстремої медичної допомоги на догоспітальному етапі та безпеці медичного персоналу. Запропоновано практичні рекомендації щодо надання екстремої медичної допомоги на догоспітальному етапі при гострих отруєннях алкоголем, що ускладнені розвитком алкогольної коми, у дорослих.

**Ключові слова:** отруєння алкоголем, алкогольна кома.

## Актуальність проблеми

Значні показники поширеності та летальності при гострих отруєннях алкоголем формують потребу в забезпеченні служби екстремої медичної допомоги дієвими практичними рекомендаціями з питань екстремої діагностики та лікування отруєнь на догоспітальному етапі. Рекомендації розраховані на лікарів бригад екстремої медичної допомоги; лікарів-токсикологів, що працюють у складі бригад екстремої медичної допомоги; лікарів загальної практики, що надають медичну допомогу при невідкладних станах. Нижченаведені матеріали містять необхідний та достатній обсяг медичної допомоги постраждалим внаслідок гострих отруєнь алкоголем (токсична дія алкоголю, код за МКХ-10 — T51) на догоспітальному етапі, а також пропозиції щодо обсягів проведення детоксикації та антидотної терапії на догоспітальному етапі. Надано інформацію про основні токсичні симптоми та лікарські засоби, що застосовують як фармакологічні коректори при гострих отруєннях етанолом із розвитком алкогольної коми (АК). До рекомендацій додана алгоритмізована схема надання медичної допомоги при АК на догоспітальному етапі, що наглядно демонструє основні етапи дій лікаря та їх послідовність.

Практичні рекомендації з організації медичної допомоги на догоспітальному етапі при гострих отруєннях етанолом, що ускладнені АК (для дорослих), розроблені на підставі міжнародних та національних клінічних рекомендацій та власного досвіду надання медичної допомоги зазначеному контингенту хворих (МОЗ України, 2010; 2012).

Для більш чіткого розуміння станів, що розвиваються після вживання алкогольних напоїв, пропонується застосовувати такі терміни:

- алкогольне сп'яніння — соціальна проблема, медична допомога не потрібна;
- алкогольна інтоксикація, або АК (гостре отруєння алкоголем, ускладнене розвитком коматозного стану) — медична проблема, необхідне надання екстремої медичної допомоги.

Мета роботи — оптимізація процесу надання екстремої медичної допомоги пацієнтам із алкогольною інтоксикацією для зниження смертності та інвалідності. Проведено аналіз джерел літератури, в яких досліджено особливості сучасної токсикологічної ситуації в Україні та світі, пов'язаної з алкогольними отруєннями тяжкого ступеня. Розглянуто сучасні підходи до організації медичної допомоги на догоспітальному етапі постраждалих у стані АК.

Проаналізовано принципи діагностики та лікування у разі тяжких отруєнь етанолом, ускладнених АК, що застосовують у США, країнах ЄС в останні 10 років.

## Сучасні підходи до організації медичної допомоги при гострих отруєннях алкоголем на догоспітальному етапі

З даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в результаті вживання алкоголю щороку в світі помирає близько 2,5 млн осіб (World Health Organization, 2011). Економічні збитки від смертності внаслідок АК досить вагомі й перевищують втрати від інфаркту міокарда (Bouchery E.E. et al., 2011). Гострі отруєння алкоголем найпоширеніші в державах північних і середніх широт, де частка АК становить 25% усіх гострих отруєнь, притому >60% усіх смертельних отруєнь зумовлено алкоголем. Зазвичай серед постраждалих із гострим алкогольним отруєнням переважають чоловіки (Rehm J. et al., 2003; Centers for Disease Control and Prevention, 2004; 2011; Stahre M. et al., 2014).

В Україні ситуація щодо вживання алкоголю відповідає загальному світовому та європейському трендам поширеності та летальності внаслідок гострих отруєнь етанолом. В Україні щороку через алкоголь помирають >40 тис. осіб. Загальна кількість смертей від токсичної дії алкоголю (гострі отруєння та захворювання, спричинені токсичною дією алкоголю) за період 1990–2010 рр. становила 4 353 166 осіб. За 2011 р. в Україні від токсичної дії етилового спирту (що підтверджено судовими хіміко-токсикологічними дослідженнями Центрального бюро судово-медичної експертизи МОЗ України) постраждало 15 382 особи, що становить 3,85 випадку на 10 тис. населення. Загальна кількість пацієнтів, госпіталізованих до лікувальних закладів із приводу гострого отруєння етанолом, становила 10 352 особи, судово-анатомічний розтий зроблено у 5097 випадках смерті внаслідок гострого отруєння етанолом. З них у лікувальних закладах померли 67 осіб, а у 5030 випадках постраждали не доїхали до стаціонару та померли поза медичних закладів (ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», 2012). За даними Державного комітету статистики України, у 2013 р. в країні зафіксували >12 тис. летальних випадків, спричинених дією алкоголю, що, у свою чергу, становить 27,2 особи на 100 тис. населення. При цьому смертність внаслідок випадкового отруєння та дії алкоголю в 1,5 раза вища у сільській міс-

цевості, ніж у містах. За даними Департаменту охорони здоров'я міста Києва, кількість викликів бригад екстреної медичної допомоги з приводу алкогольних отруєнь за період 2005–2015 рр. збільшилась у 2,5 раза та на початок 2014 р. перевищувала 17 тис. викликів на рік.

Гостре отруєння алкоголем традиційно пов'язане з прийомом етилового спирту або напоїв, що містять >12% етилового спирту. Смертельна концентрація етанолу в крові становить 0,5–0,8 г/дл, смертельна разова доза — 4–12 г/кг маси тіла ( $\approx 300$  мл 96% етанолу). Проте цей показник може істотно відрізнятися і часто залежить від набутої толерантності до токсичної дії алкоголю. Слід зазначити, що до 90% госпіталізованих у стані АК хворі на алкогольм. Вищезазначена ситуація спонукала до перегляду й узагальнення існуючих рекомендацій та протоколів (МОЗ України, 2010; 2012) з метою їх оптимізації та максимального наближення до практичних потреб лікарів екстреної медичної допомоги.

#### **Основні рекомендації з організації надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі при АК (для дорослих)**

1. Догоспітальний етап включає надання першої медичної та екстреної медичної допомоги постраждалим у стані АК з моменту виявлення пацієнта чи звернення такого пацієнта (родичів або свідків) за медичною допомогою до моменту госпіталізації.

2. Надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі здійснюється: бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станиць екстреної (швидкої) медичної допомоги, лікарями відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатопрофільних лікарень, які входять до системи екстреної медичної допомоги.

3. Медична допомога на догоспітальному етапі має бути надана пацієнтам із АК у перші хвилини від початку розвитку патологічного стану.

4. Пацієнтам із АК необхідно забезпечити термінову госпіталізацію перш за все до центрів (відділень), що надають вторинну медичну допомогу, де можливе проведення інтенсивної терапії та детоксикації. Якщо стан пацієнта стабілізований після проведення детоксикації та антидотної терапії за місцем події або у разі масових отруєнь, що не потребують спеціального лікування, можливе транспортування пацієнтів до інших стаціонарів.

5. Швидка діагностика ознак АК на догоспітальному етапі скорочує час для встановлення діагнозу і транспортування пацієнта до відповідних закладів охорони здоров'я.

6. У кожному закладі охорони здоров'я обов'язково має бути розроблений та затверджений локальний протокол медичної допомоги.

7. Локальний протокол медичної допомоги має бути доведений до кожного, хто бере участь у наданні медичної допомоги пацієнтам із АК на догоспітальному етапі.

8. Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги пацієнтам із діагностованою АК у кожному закладі охорони здоров'я доцільно розробити та впровадити локальні протоколи, в яких визначено клінічний маршрут пацієнта та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного і кадрового забезпечення.

9. Взаємодія між закладами охорони здоров'я, що надають екстрену, первинну та вторинну медичну допомогу, визначаєтьсянаказом територіального органу з питань охорони здоров'я.

#### **Основні рекомендації для диспетчера оперативно-диспетчерської служби, що надає екстрену та первинну медичну допомогу**

- Прийом виклику диспетчером оперативно-диспетчерської служби здійснюється за єдиним телефонним номером виклику екстреної медичної допомоги 103 або за єдиним телефонним номером виклику екстреної допомоги 112.
- Диспетчер оперативно-диспетчерської служби має прийняти виклик відповідно до затвердженого алгоритму та направити бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги до пацієнта з підозрою на АК.
- За наявності спеціалізованої токсикологічної бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги така бригада направляється на виклик у першу чергу.

#### **Перелік запитань абоненту, що телефонує до оперативно-диспетчерської служби:**

- причина виклику («тяжке сп'яніння», «отруєння алкоголем», «судомі», «кома», «без свідомості» тощо);
- прізвище, ім'я, по батькові потерпілого;
- вік потерпілого;
- точна адреса потерпілого (населений пункт, вулиця, будинок, під'їзд, поверх, домашній телефон, код вхідних дверей під'їзду) та її орієнтири;
- найбільш зручний під'їзд до вулиці або будинку;
- стан потерпілого (у свідомості, без свідомості, у стані збудження);
- хвороби, на які страждає потерпілій (якщо це відомо).

#### **Рекомендації абоненту, що зателефонував до оперативно-диспетчерської служби:**

- покласти пацієнта на лівий бік на рівну поверхню;
- забезпечити доступ свіжого повітря;
- розстебнути тісну одежду;
- не залишати пацієнта без нагляду;
- оглянути приміщення, знайти медикаменти та речовини іншого походження, які пацієнт приймає або міг прийняти, і передати медичному працівнику бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

Після реєстрації виклику диспетчер терміново направляє бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події.

Норматив прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події становить у містах 10 хв, у населених пунктах поза межами міста — 20 хв із моменту надходження звернення до диспетчера оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Зазначені нормативи з урахуванням метеорологічних умов, сезонних особливостей, епідеміологічної ситуації та стану доріг можуть бути перевищені на  $\leq 10$  хв.

Діагностичне та клінічне обстеження пацієнта фіксується у Карті виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о). Обов'язкові рекомендації передбачають заходи з ранньої діагностики та госпіталізації пацієнта із ознаками АК до спеціалізованих закладів охорони здоров'я з метою проведення антидотної терапії та штучної детоксикації. Своєчасність і повнота проведення екстрених заходів покращує результати лікування пацієнтів, знижує смертність та інвалідність внаслідок цього невідкладного стану.

#### **Рекомендації керівнику бригади екстреної медичної допомоги, що здійснює виїзд на випадок АК**

1. Збір анамнезу захворювання (отруєння) слід проводити із дотриманням принципу «токсичної пильності», що передбачає врахування умов навколошнього середовища, в яких відбулося отруєння (іноді умови можуть становити небезпеку для бригади швидкої допомоги).

#### **Під час збору анамнезу захворювання слід визначити низичнаведене:**

- з'ясувати обставини, що супроводжували отруєння (коли, чому, як, скільки, з якою метою), ухвого, якщо він перебуває у свідомості, або в оточуючих осіб;
- зібрати речові докази (речовини), біологічні середовища (блівотні маси, сечу, кров, промивні води) для хіміко-токсикологічного чи судово-хімічного дослідження;
- зареєструвати основні симптоми (синдроми), що спостерігаються у хвого до надання медичної допомоги, в тому числі медіаторні синдроми, що є результатом посилення або пригнічення симпатичної та парасимпатичної систем;
- забезпечити корекцію показників гемодинаміки та дихання.

#### **Під час збору анамнезу життя слід визначити низичнаведене:**

- встановити факт прийому алкоголю постраждалим;
- встановити алкогольний анамнез постраждалого (зловживання алкоголем, добровільне та примусове лікування, нагляд у нарколога);
- встановити, які лікарські засоби приймає пацієнт щоденно;
- з'ясувати можливість одночасного з алкоголем прийому лікарських засобів або токсичних речовин;

- визначити в анамнезі інші супутні захворювання: нервової системи, серцево-судинної, ендокринної, психічні розлади тощо.

2. Первинний огляд та фізичне обстеження проводять із метою оцінки загального стану та життєво важливих функцій особи: свідомості (глибина коми за Шкалою Глазго), дихання, кронообігу. Відповідно до показань, застосовують заходи корекції порушень життєво важливих функцій організму, перш за все — дихання і кронообігу.

Візуальна оцінка особи у стані АК передбачає вивчення кольору шкіри та слизової оболонки (вологість, набряки, садна, синці, висипка тощо); ознак тривалої позиційної компресії м'яких тканин, для чого проводять огляд усього тіла, зокрема спини, стегон, сідниць на наявність ознак синдрому позиційного стиснення; слідів ін'єкцій; розміру зінниць та їх реакцію. Важливим фактором є наявність чи відсутність стороннього специфічного запаху в повітрі приміщення та від подиху пацієнта (запах алкоголю); проводячи первинний огляд, важливо оцінити наявність чи відсутність стороннього специфічного запаху від блівотних мас при їх наявності (запах алкоголю).

Клінічна картина при АК досить специфічна і складається з таких основних ознак: почервоніння обличчя; ознаки блівовання; пригнічення дихання; порушення чи повна втрата свідомості; порушення серцевого ритму; зниження м'язового тонусу; самовільне сечовиділення.

Діагностичні критерії АК (основний симптомокомплекс), що найчастіше використовують при встановленні попереднього клінічного діагнозу, такі: коматозний стан (кома поверхнева чи глибока, ускладнена чи неускладнена); наявність специфічного запаху з рота постраждалого або дані, що свідчать про факт вживання алкоголю; порушення функцій зовнішнього дихання; порушення функцій серцево-судинної діяльності. З урахуванням особливостей симптоматики при АК особливо важливо є оцінка стану серцево-судинної та дихальної систем, що передбачає оцінку характеру пульсу, дихальних рухів, аускультацію тонів серця (на наявність патологічних шумів) та аускультацію легень (на наявність хрипів).

3. АК — патологічний стан, що за статистикою має високий ризик розвитку життєво небезпечних ускладнень, тому потребує застосування ряду обов'язкових методів інструментального дослідження: електрокардіографія (ЕКГ) — частими ознаками є зниження сегмента ST, від'ємний зубець T, ектрасистолія; за наявності алкогольної кардіоміопатії можливі стіків порушення ритму і провідності; мікродифузійний тест (тест-смужкою) на рівень вмісту етанолу в крові; пульсоксиметрія та оцінка температури тіла (на наявність гіпотермії).

Диференційний діагноз АК слід проводити із такими станами та захворюваннями:

- черепно-мозкова травма;
- гостре порушення мозкового кронообігу;
- запальні захворювання центральної нервової системи (менінгіт, енцефаліт);
- отруєння іншими високотоксичними речовинами (метанол, етиленгліколь, сурогат алкоголю, хлоровані вуглеводні);
- отруєння снодійними речовинами, наркотиками і транквілізаторами;
- отруєння чадним газом та продуктами термоокисної деструкції;
- діабетична кома.

4. Під час первинного огляду та надання медичної допомоги слід забезпечити: положення постраждалого на боці; адекватну вентиляцію легень; судинний доступ (катетеризація периферичної вени); профілактику аспірації шлункового вмісту.

Слід враховувати, що в стані АК висока ймовірність розвитку таких ускладнень, як аспіраційний синдром (синдром Мендельсона); токсичний набряк мозку, судомійний синдром; міorenальний синдром внаслідок тривалого перебування в нерухомому стані (гостра ниркова недостатність); гіпотермія.

Підтримка та відновлення адекватної функції зовнішнього дихання передбачають забезпечення вільної прохідності дихальних шляхів і адекватної вентиляції легень під час транспортування (ревізія та туалет порожнин рота із фіксацією язика, аспірація з верхніх дихальних шляхів слизу, блівотних мас, видалення

сторонніх предметів та ін.); респіраторну терапію (оксигенотерапія, штучна вентиляція легень за показаннями). Слід враховувати, що при поверхневій комі (8–10 балів за Шкалою коми Глазго) застосовують повітровід або ларингеальну маску; при глибокій комі (<8 балів за Шкалою коми Глазго) показана інтубація трахеї з подальшою санацією трахеї та верхніх дихальних шляхів від слизу та блівотних мас; при порушені дихання необхідне проведення штучної вентиляції легень.

Підтримка й відновлення функції серцево-судинної системи передбачає забезпечення адекватного венозного доступу до периферичних судин (пункція/катетеризація судин); підтримку ефективного рівня артеріального тиску для забезпечення адекватного кронообігу. Одночасно проводять інтенсивну підтримувальну терапію — заходи, спрямовані на запобігання гіпоглікемії та кетоацидозу. Базові компоненти інфузійної терапії такі: ізотонічний розчин натрію хлориду, 0,5% розчин глюкози внутрішньовенно; плазмозамінники (декстрани, гідроксіетилкрохмаль, сорбітол) внутрішньовенно крапельно у разі зниження артеріального тиску <80/60 мм рт. ст., разом із симпатоміметиками, кортикостероїдами.

Підтримка та відновлення функції центральної нервової системи передбачає профілактику та корекцію токсичного набряку мозку та судоміого синдрому. Невідкладна медикаментозна терапія включає такі компоненти: 0,1% розчин налоксону внутрішньовенно 1 мл одноразово (з метою диференційної діагностики з отруєнням опіоїдами); 0,1% розчин атропіну сульфату внутрішньовенно 0,5–1 мл при брадикарді (якщо частота серцевих спорочень <50 уд./хв) та для зниження ступеня салівачії і бронхореї (за відсутності порушень серцевого ритму); 40% розчин глюкози внутрішньовенно 40–60 мл одноразово для профілактики гіпоглікемії; 5% розчин тіаміну хлориду внутрішньовенно 2–4 мл одноразово.

### Увага! Небезпечно!

**Промивання шлунка** у пацієнтів у стані АК має бути здійснено тільки після інтубації трахеї, в умовах відділення інтенсивної терапії.

**Ентеросорбція** із застосуванням активованого угілля не-ефективна та небезпечна.

**Введення дихальних аналептиків та стимуляторів центральної нервової системи** протипоказане у зв'язку із небезпекою розвитку судомі і порушень дихання.

### Обов'язково!

Постраждалих у стані АК чи алкогольного сп'яніння тяжкого ступеня, яких доставили до амбулаторії із затъмареною свідомістю або порушеними показниками життедіяльності, слід негайно транспортувати до лікарні невідкладної допомоги. До лікарні необхідно взяти медичну документацію пацієнта. Пріоритетним зауванням бригади екстременої (швидкої) медичної допомоги є транспортування пацієнтів до центрів (відділень), де можливе проведення детоксикації та реанімаційних заходів. Під час транспортування необхідно забезпечити моніторинг стану пацієнта, проведення лікувальних заходів та готовність до проведення реанімаційних заходів. Транспортування здійснюють на ношах до відділення екстременої (невідкладної) медичної допомоги багатопрофільної лікарні або, оминаючи приймальне відділення, безпосередньо до відділення інтенсивної терапії (реанімаційного відділення), де можливе проведення штучної детоксикації. Територіальний орган із питань охорони здоров'я обов'язково має розробити та затвердити наказ, локальний протокол (відповідного рівня), який забезпечує організацію надання допомоги пацієнтам із АК, взаємодію між закладами охорони здоров'я, що налаштовані екстремену, первинну та вторинну медичну допомогу.

### Висновки

Показники поширеності та смертності від гострих отруєнь етанолом в Україні за останні роки залишаються на стабільно високому рівні. У зазначених умовах особливо важлива роль екстременої медичної допомоги на догоспітальному етапі у забезпечення ефективних заходів, спрямованих на своєчасну діагностику невідкладного стану, профілактику ускладнень і корекцію дихання та гемодинаміки. Застосування клінічних протоколів, алгоритмізованих схем та практичних рекомендацій з надання медичної

допомоги у разі АК допоможуть практичним лікарям своєчасно прийняти правильні рішення та забезпечити необхідний обсяг медичної допомоги на догоспітальному етапі ([рисунок](#)).



**Рисунок.** Алгоритм надання медичної допомоги при АК (T51.0 за МКХ-10)

### Список використаної літератури

ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» (2012) Українська база медико-статистичної інформації «Здоров'я для всіх» ([medstat.gov.ua/ukr/normdoc.html](http://medstat.gov.ua/ukr/normdoc.html)).

МОЗ України (2010) Наказ МОЗ України від 20.10.2010 р. № 897 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги при гострих отруєннях» ([http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20101020\\_897.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20101020_897.html)).

МОЗ України (2012) Наказ МОЗ України від 03.04.2012 р. № 234 «Положення про систему екстреної токсикологічної допомоги в Україні» ([http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20120403\\_234.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120403_234.html)).

Bouchery E.E., Harwood H.J., Sacks J.J. et al. (2011) Economic costs of excessive alcohol consumption in the U.S., 2006. Am. J. Prev. Med., 41(5): 516–524.

Centers for Disease Control and Prevention (2004) Alcohol-attributable deaths and years of potential life lost – United States, 2001. MMWR Morb. Mortal Wkly Rep., 53(37): 866–870.

Centers for Disease Control and Prevention (2011) Vital signs: alcohol-impaired driving among adults – United States, 2010. MMWR Morb. Mortal Wkly Rep., 60(39): 1351–1356.

Rehm J., Gmel G., Sempore C.T., Trevisan M. (2003) Alcohol-related morbidity and mortality. Alcohol Res. Health, 27(1): 39–51.

Stahre M., Roeber J., Kanny D. et al. (2014) Contribution of excessive alcohol consumption to deaths and years of potential life lost in the United States. Prev. Chronic Dis., 11: E109.

World Health Organization (2011) Global status report on alcohol and health. Geneva, Switzerland: WHO Press Library, 286 p.

### Острые отравления алкоголем у взрослых, алкогольная кома: практические рекомендации на догоспитальном этапе

I.S. Зозуля, Н.В. Курдиль, В.Н. Падалка, О.В. Иващенко

**Резюме.** Оптимизация медицинской помощи на догоспитальном этапе при алкогольных отравлениях тяжелой степени не теряет актуальности в Украине. Несмотря на многолетний опыт лечения при неотложных состояниях, связанных с токсическим действием алкоголя, диагностика и неотложная помощь в случае алкогольной комы остаются сложной задачей для практических врачей. Ошибки в процессе дифференциальной диагностики обуславливают высокие показатели летальности и уровень различий клинических диагнозов с патологоанатомическими и судебно-медицинскими заключениями. Нередко возникают трудности в процессе принятия решений, требующих учета различных организационных и юридических норм, связанных с оформлением медицинской документации в случаях потери здоровья в результате токсического действия алкоголя. Внедрение в практику врачей экстренной медицинской помощи современных подходов к диагностике и лечению пациентов в состоянии алкогольной комы будет способствовать повышению эффективности оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе и безопасности медицинского персонала. Предложены практические рекомендации для оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе при острых отравлениях алкоголем, осложненных развитием алкогольной комы, у взрослых.

**Ключевые слова:** отравление алкоголем, алкогольная кома.

### Alcohol poisoning in adults, alcoholic coma: the practical recommendation on the prehospital phase

I.S. Zozulia, N.V. Kurdil, V.M. Padalka, O.V. Ivashchenko

**Summary.** An optimization of medical care on the prehospital stage for severe alcohol poisoning does not lose its relevance in Ukraine. Despite many years' experience of treating the emergency conditions related to the toxic effects of alcohol, diagnosis and emergency care of alcoholic coma remain a challenge for practitioners. Clinical errors in the differential diagnosis cause high rates of mortality and are the reason of the discrepancy in clinical, pathological and forensic diagnoses. Often the difficulties take place in a decision-making process in cases that require consideration of different organizational and juridical norms that are linked to an official registration of the medical forms in cases of health loss due to alcohol toxicity. The implementation of modern approaches to diagnosis in an emergency medical practice will enhance the effectiveness of urgent measures on the prehospital phase and the safety of medical personnel. The authors offer practical recommendations for the prehospital emergency medical care in cases of an acute alcohol poisoning among adults that are complicated by alcoholic coma.

**Key words:** alcohol poisoning, alcoholic coma.

#### Адреса для листування:

Зозуля Іван Савович  
02660, Київ, вул. Братиславська, 3  
Національна медична академія  
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,  
кафедра медицини невідкладних станів

Одержано 24.03.2017