

PACIENT – ALKOHOLIK, ZDRAVOTNÉ RIZIKÁ, MOŽNOSTI LIEČBY V AMBULANTNEJ STAROSTLIVOSTI PRAKTICKÉHO LEKÁRA

Jozef Benkovič

OLÚP, Predná Hora, n.o.

Autor v práci stručne charakterizuje jedinca, závislého od alkoholu, analyzuje osobu alkoholika vo vzťahu k lekárovi. Zaoberá sa niektorými vážnymi dôsledkami alkoholizmu, hlavne zdravotnými rizikami, ako aj možnosťami diagnostiky a liečby v ambulantnej starostlivosti praktického lekára. Stručne charakterizuje niektoré zvláštnosti alkoholizmu žien, detí, mládeže, dorastu a starších pacientov.

Kľúčové slová: alkoholizmus, telesné a psychické komplikácie, špecifiká v ambulantnej liečbe.

Kľúčové slová MeSH: alkoholizmus – diagnostika, terapia, komplikácie; starostlivosť ambulantná; lekári praktickí.

PATIENT – ALCOHOLIC, HEALTH RISKS, THE ROLE OF GENERAL PRACTITIONER IN TREATMENT

An author in the article briefly describes alcohol abuser and analyses him at the relationship with his doctor. He shows some of the serious consequences of alcoholism mainly health risks and possibilities of diagnostic and treatment in outpatients department treatment. Briefly characterizes alcoholism of women, children, adolescents and older patients.

Key words: alcoholism, physical and psychical complications, peculiarities in the treatment of outpatients.

Key words MeSH: alcoholism – diagnosis, therapy, complications; ambulatory care; physicians, family.

Via pract., 2006, roč. 4 (4): 197–201

Úvod

Svetová zdravotnícka organizácia (SZO) považuje alkoholizmus za jeden z najzávažnejších zdravotných a sociálnych problémov. Je to celý komplex sociálnych, pracovných, rodinných, spoločenských a ekonomických javov. Až 8,9 % všetkých chorôb pochádza z užívania psychoaktívnych látok a 4 % z nich tvorí alkohol (16).

Zo zdravotného hľadiska dochádza u ľudí, nadmerne užívajúcich alkohol k nepriaznivým účinkom v celom organizme. U alkoholikov je výrazne zvýšená chorobnosť, ale aj úmrtnosť, oproti ostatnej populácii (15). Alkohol má nepriaznivý dopad na rodinu, vysoký je aj jeho podiel na trestnej činnosti, úrazoch, aj smrteľných, je tiež príčinou porušovania pracovnej disciplíny, znižovania produktivity práce a mnohých ďalších problémov.

Situácia na Slovensku

Alkohol je na Slovensku stále drogou číslo jedna, pokiaľ ide o rozšírenosť a výskyt jeho užívania. V roku 1993 konzumoval obyvateľ Slovenska v priemere 9,3 litra absolútneho alkoholu ročne. Odhaduje sa, že 5 – 10 % mužov a 2 % dospelých žien je závislých od alkoholu (6). Podľa Štatistického úradu SR (2000), závislosť od alkoholu býva medzi obyvateľstvom viac tolerovaná než závislosť od nezákonných mäkkých a tvrdých drog. Dominantné miesto v častejšom pití patrí pravidelnému pitiu piva. Medzi jeho konzumentmi sú najpočetnejšie zastúpení robotníci, podnikatelia a nezamestnaní.

V roku 2003, z celkového počtu prvých vyšetrení na všetkých psychiatrických ambulanciách SR

tvorili pacienti so závislosťami 12 % a závislosť od alkoholu, Dg. F10 až 9,8 %, pričom išlo hlavne o 31 – 45 ročných pacientov (18). Problematika alkoholizmu, ako zdravotný faktor, je vážnym problémom aj pre praktických lekárov. Najčastejšími lekármi prvého kontaktu so závislými pacientmi, teda aj so závislými od alkoholu bývajú práve oni. Až 20 – 25 % pacientov v ambulancii praktického lekára nadmerne užíva psychoaktívne látky, teda aj alkohol, alebo sú na nich závislí (7).

Alkoholizmus, základné pojmy a teoretické východiská

Pre lepšie pochopenie alkoholovej závislosti treba aj pre praktického lekára pripomenúť niektoré základné pojmy a teoretické východiská tejto závislosti.

Mechanizmy podieľajúce sa na vzniku závislosti

Ide o **vlastnosti návykovej látky** (alkoholu) a **charakteristiku osobnosti užívateľa alkoholu** – aj keď neexistujú spoľahlivé znaky osobnosti pre vznik závislosti, k predisponujúcim znakom patrí hlavne citová nezrelosť, labilita, vôľová slabosť, nedostatočná sebadisciplína, preferovanie okamžitých a ľahko dostupných pôžitkov, podceňovanie rizika a mnoho ďalších. Ohrozené sú tiež osoby, vystavené častým a ťažkým stresom, jedinca s poruchami osobnosti, jedinca s možnými genetickými predispozíciami (alkoholizmus v rodine), najmä prvostupňoví príbuzní (6).

Významné sú tiež **faktory prostredia** ako sú dostupnosť návykovej látky, postoj okolia, spoloč-

nosti k jej užívaniu (jej fungujúce pravidlá: „pije sa pri každej príležitosti“, spoločenský tlak a ďalšie).

K takzvaným **vybavujúcim a urýchľujúcim faktorom** patria hlavne stresy, psychotrauma, opakované a vážne konflikty a častejšie telesné a psychické ochorenia (hlavne úzkostné a depresívne nálady).

Príznaky závislosti vznikajú biologickými aj psychologickými mechanizmami, ktoré sa však prelínajú. Návykové vlastnosti všetkých drog, aj alkoholu, súvisia s ovplyvnením funkcií **dopamínových okruhov**, vychádzajúcich z predného medzmozgu. Genetická dispozícia k vzniku závislosti sa môže prejavovať na úrovni metabolizmu návykovej látky a aj na úrovni jej pôsobenia na mozgové neuróny (6). V rozvoji alkoholizmu hrajú podstatnú úlohu niektoré javy, majúce vzťah ku konkrétnemu mediátoru. Alkohol preto redukuje stres, úzkosť, vzniká pri ňom pocit eufórie.

Klasifikácia závislosti od alkoholu podľa klinického obrazu

Heller a Pecinovská (1996), ku klasifikácii závislosti uvádzajú, že na ďalších miestach kódu (F10 – F19) je špecifikovaný klinický obraz poruchy, ku ktorej patria:

- **akútna intoxikácia** – prechodný stav po užití látky, smerujúci k poruchám na úrovni vedomia, poznávania, vnímania, emotívnosti alebo chovania, či iných psychofyziologických funkcií a reakcií (F10.0 pre alkohol). Je to často život ohrozujúci stav, s nutnosťou okamžitej hospitalizácie,

- **škodlivé užívanie** – predstavuje taký vzorec užívania, ktorý poškodzuje telesné alebo duševné zdravie (napr. pitie pacienta s hepatítidou, pitie, vyvolávajúce následné epizódy depresie) (F10.1 pre alkohol). Aj keď nejde ešte o závislosť, s dôsledkami škodlivého užívania alkoholu sa praktický lekár stretáva hlavne pri množstve telesných a psychických komplikácií a kde má možnosť svojho pacienta pozitívne motivovať k abstinencii,
- **syndróm závislosti** (F10.2 pre alkohol) – zahŕňa skupinu fyziologických, behaviorálnych a kognitívnych fenoménov, kde užívanie nejakej látky je daným jedincom oveľa viac uprednostňované, než akékoľvek konanie, ktoré si predtým cenil. Pri návrate k užívaniu látky po období abstinencie sa príznaky syndrómu závislosti rýchle obnovujú. Kritériom na túto diagnózu je výskyt aspoň troch z nasledujúcich príznakov v priebehu posledného roka:
 - silná túžba alebo nutkavosť užívať látku,
 - ťažkosti s kontrolovaným užívaním látky,
 - telesný stav odvykania, ak je látka užívaná na zmiernenie jeho príznakov,
 - rastúca tolerancia,
 - postupné zanedbávanie iných záujmov,
 - pokračovanie užívania napriek jasnému dôkazu o zjavne škodlivých dôsledkoch.

Možnosti protialkoholického liečby

Pri úvahách praktického lekára o možnostiach protialkoholického liečby by mal tento akceptovať niektoré ukazovatele. Na **ambulantnú formu** protialkoholického liečby sú vhodné najmä pacienti motivovaní pre abstinenciu, bez vážnejších somatických a psychických komplikácií, s dobre spolupracujúcim rodinným zázemím. Na **ústavnú protialkoholickú liečbu** sú zase vhodné pacienti s vážnymi telesnými a psychickými komplikáciami alkoholizmu, s dlhotrvajúcim alkoholizmom, ako aj slabo motivovaní jedinci pre abstinenciu, so slabou rodinnou podporou. Taktiež pacienti, ktorí opakovane zlyhávajú v ambulantnej liečbe. Pre **parciálnu formu hospitalizácie** zase pacienti, ktorí majú dobré a spolupracujúce rodinné zázemie, s ambivalentným postojom pacienta ku zmene – abstinencii, so zlyhaním v ambulantnej starostlivosti. Pre **detoxikačnú ústavnú liečbu** sú vhodné hlavne pacienti s fyzickou závislosťou a závažnými telesnými a psychickými príznakmi, kde však pacient nepredpokladá, že prestane piť bez dozoru.

Stav odvykania (syndróm odňatia návykovej látky, abstinencný syndróm) tvorí kombinácia príznakov, ktoré sa objavujú pri úplnom, alebo čiastočnom vysadení alkoholu, ktorý bol opakovane a obvyčajne dlhodobo užívaný. Nástup a priebeh stavu odvykania

Tabuľka 1.

Choroby krvi a krvotvorných orgánov	Toxické pôsobenie alkoholu na kostnú dreň (poškodenie erytrocytov, trombocytov, leukocytov), anémia (makrocytárna), poruchy hemokoagulácie , deficit železa, kyseliny listovej...
Choroby srdcovo-cievne	Arteriálne hypertenzie , alkoholické kardiomyopatie (nešpecifické príznaky – palpitácie, tachykardie, zvýšená únava...), arytmie
Choroby respiračné	Laryngitídy, bronchitídy, pneumónie (s ťažkými klinickými obrazmi) a ďalšie
Choroby endokrinné	Alkohol zvyšuje diurézu, spôsobuje poruchu sekrécie inzulínu (diabetes), hypofyziálne poruchy, chronickú adrenokortikálnu insuficienciu, poruchy funkcie gonád (hyperestrogenizmus, hypotestosteronizmus), inhibuje uvoľňovanie oxytocínu...
Choroby močovej sústavy	Alkoholická proteinúria a nefropatia

Tabuľka 2.

Choroby neurologické	Poškodenie nervového vzruchu, zvyšuje prah citlivosti na bolesť, znižuje prah pre kŕče, poškodenie REM-spánku, poškodenie periférneho nervového systému (alkoholické polyneuropatie – degenerácia axónov a demyelinizácia, s formou paretickou, obrna fibulárnej skupiny svalov – viazne extenzia chodidla, pri chôdzi zakopáva, ataktická forma – neistá chôdza, poruchy hlbkej citlivosti, somestetická forma – úporné bolesti, parestézie), alkoholická myopatia (poškodenie svalov pri veľkej dávke alkoholu – ťažké ochrnutia a opuchy svalov). Alkoholická epilepsia (najčastejšie EPI-typu grand mal, menej psychomotorická a malé záchvaty), alkoholová mozgová atrofia (hlavne v oblasti frontálnej a parietálnej, úbytok počtu neurónov, rozšírenie mozgových komôr, vážne kognitívne deficity), alkohol. Mozočková atrofia (poruchy koordinácie hybnosti, postoja, chôdze tras, dysartria, nystagmus...),alkohol. Encefalopatia (Gyeta-Wernicke, krvácanie do mozgového kmeňa – ataxia, ťažký organický psychosyndróm, poruchy vedomia, oko-hybných nervov, Jollife, pri nedostatku kyseliny listovej – svalová hypertónia, spastické parézy), alkoholický tremor (tras viečok, prstov, rúk, jazyka – ústup po vypití alkoholu)
Choroby kože	Znížená imunita, ale aj hygiena alkoholikov – hnisavé ochorenia kože , ragády, časté omrzliny, zvýšené riziko psoriatického ochorenia, seborhoickej dermatitídy, palmárneho erytému...
Choroby tráviacej sústavy	Alkohol zvyšuje motilitu tráviaceho systému, väčšie množstvo alkoholu spôsobuje (pylorospasmus a zvracanie), hiátové hernie, divertikuly, ezofagitídy , gastritídy (s krvácaním do žalúdočnej sliznice), vredová choroba žalúdka , ezofageálne varixy (život ohrozujúce ochorenie – masívna hemateméza, komplikácia hepatálnej cirhózy), syndróm Mallory-Weis (po masívnom zvracaní hemateméza). Alkohol. hepatitída (bolesť v nadbrušku, zvracanie, ikterus, zvýšená krvácanosť), alkoholická cirhóza (až 50 % je alkoholického pôvodu, ireverzibilná zmena pečeneového parenchýmu na väzivo, pečeň je veľká, tvrdá, s ostrým okrajom, zažívacie ťažkosti, únava, progresívna forma cirhózy – portálna hypertenzia, ascites, encefalopatia, hepatálna kóma, smrť), hepatocelulárny karcinóm , pankreatitída (akútna je edematózna, hemoragicko-nekrotická, chronická – často klinicky nemá).
Choroby infekčné	Alkohol potláča bunkovú a humorálnu imunitu, časté sú infekcie , reinfekcie , výrazný problém pľúcnej tuberkulózy , zvýšené riziko náklady – pooperačné sepsy, žltáčka typu C, HIV/AIDS.

je časovo obmedzený, závisí od dávky bezprostredne pred začatím abstinencie, môže byť komplikovaný záchvatmi kŕčov (F10.3 pre alkohol). Praktický lekár môže práve ľahšie abstinencné formy (mierny tras, potenie, nespavosť) terapeuticky zvládať aj vo svojej ambulancii, s kontrolou laboratórnych parametrov, mineralogramu (hlavne kálie, nátría), mal by však pacienta motivovať k úplnej abstinencii. Ťažšie formy bývajú liečené ústavne, v psychiatrických zariadeniach.

Psychiatrické komplikácie alkoholovej závislosti

Kolibáš a Novotný (1996) zdôrazňujú, že medzi **psychiatrické komplikácie závislosti** od alkoholu patria alkoholické psychózy, organické psychické poruchy a poruchy osobností, ako sú:

- **odvykací stav s delíriom** (alkoholické delírium, delírium tremens) je akútne vznikajúca pre-

chodná psychóza, vyvolaná vynechaním, alebo redukciami užívania alkoholu. Medzi úvodné príznaky patria predelirantné príznaky (zhoršenie spánku, zníženie chuti do jedla, zvýšené potenie, tras končatín);

- **psychotická porucha** zahŕňa:

- alkoholickú halucinózu**, ide o akútnu psychózu (hlasy), stav po niekoľkých dňoch liečby ustúpi, niekedy je priebeh ochorenia chronický,
- alkoholická paranoidná psychóza** je zriedkavejšia, ochorenie má chronický priebeh a prejavuje sa najčastejšie bludmi prenasledovania a bludmi žiarlenia,
- amnestický syndróm** zahŕňa **Korsakovovu psychózu**, ktorá sa nevyskytuje často. V popredí sú pamäťové výpady, ktoré sa zaplňajú konfabuláciami,

- d) **reziduálny stav a psychotická porucha s neskorým začiatkom** prichádzajú do úvahy len vtedy, ak je jasný a presvedčivý dôkaz, že stav možno pripísať reziduálnemu účinku psychoaktívnej látky,
- e) **alkoholická demencia** má v popredí výrazný pokles intelektových funkcií,
- f) reziduálna afektívna porucha môže prebiehať pod obrazom **alkoholickej depresie**. Ide o skupinu častých psychických porúch rôznej intenzity.

Všetky alkoholické psychózy patria jednoznačne do terapie psychiatriu, zväčša ústavnou formou.

Niektoré najčastejšie zdravotné dôsledky alkoholizmu

Najčastejšie zdravotné dôsledky alkoholizmu sú uvedené v tabuľkách 1 a 2.

Diagnostika závislosti v ambulancii praktického lekára

Psychiatri v ambulantných aj lôžkových zariadeniach spolupracujú s odborníkmi somatickej medicíny, odbornými lekármi ako aj praktickými lekármi. Zo skúseností viacerých psychiatrov je zrejme, že „**detekčná citlivosť**“ praktických a odborných lekárov – nepsychiatrov **pri zisťovaní závislosti** je nízka. Preto je aj zvyšovanie kompetencie lekárov v diagnostike závislosti dôležitou úlohou. Jednou z príčin nedostatočnej detekcie alkoholizmu je nedostatok použiteľných diagnostických kritérií a markerov závislosti v praxi (Kolibáš E. a kol., 1996).

Včasné rozpoznanie alkoholizmu

– markery (5)

- 1. generácia markerov:** trait markery – znaky dlhodobého nadmerného užívania návykovej látky
 - a) **anamnestické údaje:** zisťovanie závislosti od alkoholu v rodinnej anamnéze, chorôb pečene, zisťovanie úrazov (hlavy, doopravných úrazov), pľúcnych ochorení, epileptických záchvatov, vredových chorôb,
 - b) **subjektívne príznaky:** zisťovanie porúch spánku, nechutenstva, rannej nevoľnosti, bolesti končatín, poklesu hmotnosti, poruchy chôdze, slabosť dolných končatín a podobne,
 - c) **fyzikálne vyšetrenie:** edémy tváre, teleangiectázie, hyperémie spojiviek, ikterus, hepatomegalia, kožné defekty, jazvy, tremor, titubácie a ďalšie,
 - d) **laboratórne parametre:** vyšetrenia transamináz, hlavne GMT (gama glutamyl transferázy, zvýšené hodnoty svedčia pre chronické poškodenie pečene), a stredného objemu erytrocytov (MCV), zvýšených hodnôt.

Tabuľka 3. Dotazník CAGE (Cut, Annoyed, Guilt a Eye Opener).

1. Mali ste niekedy pocit, že by ste mali pitie obmedziť?
2. Vadilo vám, že ľudia vaše pitie kritizovali?
3. Mali ste niekedy kvôli pitiu pocity viny?
4. Stalo sa vám niekedy, že sa hneď zrána napil, aby ste sa upokojil, alebo zbavil nepríjemných príznakov po alkohole?

Zhodnotenie dotazníka: Tri alebo štyri kladné odpovede znamenajú s veľkou mierou pravdepodobnosti závislosť, dve kladné odpovede znamenajú podozrenie na závislosť, jedna kladná odpoveď je dôvod k dôkladnejšiemu vyšetreniu pacienta.

2. generácia markerov – laboratórne nálezy, ktoré:

- a) umožňujú identifikovať užívanie návykovej látky,
- b) korelujú so subtypmi závislosti,
- c) korelujú s výsledkami liečby (5).

Patria sem zmeny hladiny kortizolu po serotonergnej látke ako sú m-chloro-fenyl-piperazín (mCCP), tlmenie aktivity MAO-B (monoaminoxydázy B) po pridaní alkoholu, kde abnormné zvýraznenie je znakom dlhodobého abúzu alkoholu a ďalšie.

Na včasnú diagnostiku problémov s alkoholom možno použiť aj niektoré **dotazníkové vyšetrenia**. Používajú sa rôzne typy dotazníkov AUDIT, MAST, SIMA, ADS (10). Pre pomerne jednoduché a krátke používanie v ambulancii praktického lekára možno použiť dotazník CAGE, vypracovaný Svetovou zdravotníckou organizáciou (tabuľka 3).

Pacient závislý od alkoholu a jeho praktický lekár

Praktický lekár, ktorý v praxi komunikuje so závislým jedincom by mal poznať **osobu** svojho klienta – **závislého jedinca**. Čím sa vyznačuje takáto osoba? Takýto pacient je veľmi citlivý voči množstvu problémov, s ktorými k lekárovi prvého kontaktu prichádza. Pacientove emocionálne prežitky, domnienky a očakávania, fyzický stav a sociálny kontext pitia, to sú všetko významné aspekty jeho fungovania. Pacient môže poskytnúť množstvo reakcií, po počiatčnom zistení, že jeho pitie spôsobuje problémy. Často sa pri nahromadení negatívnych dôsledkov začne cítiť nekontrolovateľný a hanbí sa za svoje správanie. Jeho činnosť môže byť pre neho samotného neprijateľná. Napríklad finančná alebo pracovná zodpovednosť, zanedbávanie rodiny, zapojenie sa do fyzických násilností a nadávanie – toto všetko sú činnosti, za ktoré jedinec môže cítiť vinu a začne sa obviňovať. Vyhliadky na priznanie takejto činnosti cudziemu človeku ľakajú, privádzajú ho do rozpakov a spôsobujú mu problémy pri diskusiách o problémoch, spojených s pitím. Veľa pacientov opisuje svoje problémy len ako malé, často ich bagatelizuje, alebo

racionálne zdôvodňuje, prípadne len veľmi neochotne o nich hovorí a domnieva sa, že keby bol „silnejší“, tak by sa takéto udalosti nestali. Závislý jedinec je preto často neochotný hovoriť pravdu a je zvlášť citlivý na prijímanie kritiky od lekára. Lekár prvého kontaktu môže zmenšiť tieto ťažkosti pacienta empatickými komentármi pri kladení otázok, oboznámením pacienta s tým, že mnoho prejavov z jeho správania patrí medzi bežné u ťažkých pijanov.

Alkoholici veľa očakávajú od pozitívneho efektu alkoholu na svoje vnímanie a správanie a držia sa tohto omnoho pevnejšie, než nealkoholici. Môžu tiež považovať svoje pitie za následok vonkajších príčin a nevedia, že sú osobne zodpovední za pitie, alebo nepitie. Môžu mať taktiež nízku sebadôveru o schopnosti zmeniť svoje pitie, alebo zvládať situácie, spojené s alkoholom, alebo až nerealisticky vysokú sebadôveru, ktorá nevychádza zo skutočností. Nakoniec, pokiaľ alkoholici prestanú piť, abstinujú a potom začnú znovu piť, môže sa u nich objaviť „efekt poškodenia z abstinencie“, charakterizovaný nadmerne negatívnou reakciou na začiatok pitia alkoholu a vnímaním pocitu, že „podviedli svoju abstinenciu“. Potom sa zväčša vráti k predchádzajúcim pijanským návykom.

Aká by mala byť osoba lekára, ktorá chce pomáhať závislému jedincom?

Pri ktoromkoľvek druhu liečby je lekárov vzťah a postoj ku pacientovi veľmi dôležitý. Aktívne načúvanie, dodávanie nádeje a nastolenie atmosféry, že lekár a pacient spolupracujú na spoločne stanovených cieľoch sú tu podstatné. Vzťah lekár – pacient je takto postavený na empatii, súčasne s praktickým pohľadom, kde lekár pomáha navodiť atmosféru nesusúlady medzi súčasnou situáciou závislého pacienta a jeho cieľmi, aby posilnil jeho motiváciu k premene – nasmerovanej na liečbu a abstinenciu. Pre kvalitnú diagnózu v ambulancii praktického lekára je nevyhnutný kvalitne vedený diagnostický rozhovor.

Ako viesť diagnostický rozhovor so závislým jedincom?

Prvým krokom je nadviazať terapeutický vzťah a posilniť motiváciu závislého k zmene (k abstinencii). V rozhovore by mal byť lekár viac otvorený a uistiť závislého jedinca o tom, že chráni zverené údaje povinnou mlčanlivosťou. Otázky kladie zrozumiteľne. Mali by sa týkať množstva alkoholu, frekvencie užívania v týždenných, alebo dlhších obdobiach (napr. pacient môže piť len raz za mesiac, ale v ťahoch). Pýta sa taktiež na prítomnosť problémov, súvisiacich s pitím alkoholu v rôznych oblastiach života ako sú telesné aj duševné zdravie, rodinu, zamestnanie, trestné stíhanie a podobne. Nezabúda však na možnosti suicidálnych tendencií, alebo suicidálnych pokusov v minulosti (11).

Príklady užitočných otázok pre praktického lekára, pri diagnostikovaní závislosti (11):

- druh návykovej látky, jej množstvo, frekvencia užívania a kombinácie s inými,
- emočné stavy, ktoré predchádzajú užívaniu alkoholu a objavujú sa po jeho užití,
- vonkajšie okolnosti pitia alkoholu (osamote, v spoločnosti, spoločenské príležitosti... zdravotné problémy a ich zhoršovanie v dôsledku pitia alkoholu, následky pitia v iných oblastiach života /práca, rodina.../),
- očakávané komplikácie pri snahe o abstinenciu,
- otázky na diagnostické znaky závislosti (craving – túžba po alkohole, zhoršené sebaovládanie, stavy odvykania, tolerancia, zanedbávanie záujmov, koníčkov, pokračovanie v pití napriek vážnym problémom),
- otázky na predošlé pokusy o liečbu (čo sa osvedčilo a čo nie),
- otázky na životné problémy, nesúvisiace so závislosťou.

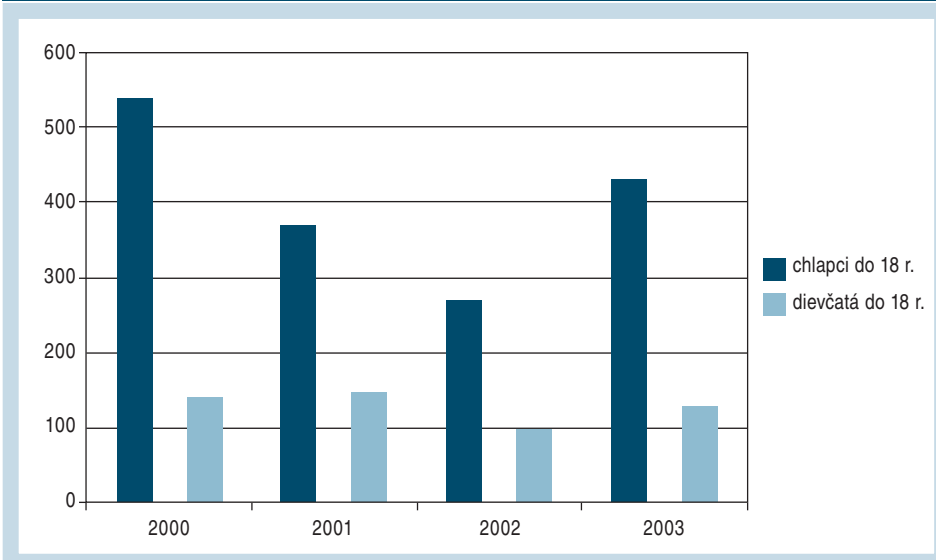
Alkoholizmus a ženy

V pití alkoholických nápojov majú muži prevahu nad ženami, a to vo frekvencii, množstve a začiatku pitia. Ženy pijú častejšie víno a likér, muži skôr pivo a ostrý alkohol. Ženy sa skôr poučia z prvej negatívnej skúsenosti s alkoholom, z opitia, ako muži (9). Ženy preferujú viac pitie osamote (tzv. skriňové, nepoznané pitie), muži v spoločnosti. V probléme alkoholizmu u žien v porovnaní s mužmi hrajú väčšiu rolu hlavne životné udalosti. V staršom veku u 40 – 50 ročných žien je to osamelosť, spoločenská izolovanosť, opustenosť tzv. „syndróm prázdneho hniezda“ (8). Alkohol viac poškodzuje organizmus žien ako mužov, skôr sa opijú, dlhšie vytrievajú, pri pití veľkého množstva alkoholu sa môže zvýšiť u žien neplodnosť, narodiť sa mŕtve dieťa, poškodené dieťa – tzv. fetálny alkoholový syndróm (3). K špecifikám alkoholizmu u žien patrí aj tzv. „predmenštruačný syndróm“, prejavujúci sa nepokojom, napätím a depresívnymi náladami pred nástupom menštruácie (15). U žien, závislých od alkoholu treba venovať pozornosť aj diagnostike komorbídnych depresívnych a úzkostných porúch (10). V úvode liečby závislosti ženy viac uprednostňujú individuálnu psychoterapiu, neskôr aj skupinovú a skôr prijímajú nutnosť abstinovať (3).

Alkoholizmus a mládež

Pitie alkoholu – legálnej drogy vo forme piva, vína či destilátov sa stáva bežnou súčasťou života dospievajúcej mládeže. Nezriedka to vyplýva aj z výchovnej atmosféry rodín, z ktorých pochádzajú (rodinné oslavy, ponúkanie samotnými rodičmi, príbuznými...). Aj nízka hladina alkoholu v krvi detí a mla-

Graf 1. Počty mladistvých pacientov s dg. F 10 os. v psychiatrickej ambulancii (Zdroj ÚZIŠ, 2004).



distvých znamená podstatne závažnejšie dôsledky na ich nervový systém a psychiku. Už hladina 0,8 promile alkoholu v krvi mladistvého môže mať taký výrazný vplyv na jeho správanie, ako hladina alkoholu 1,5 promile u dospelého (15). Niektoré výskumy ukazujú, že mladiství popijajú hlavne v skupine vrstovníkov a vo voľnom čase. K výrazným rizikovým faktorom v rodinách mladistvých alkoholikov patrí aj ich neprimeraná výchova – nadmerné kritizovanie, alebo rozmaznávanie, výchova v neusporiadanom rodinnom prostredí, keď sa o „výchovu“ starajú kamaráti. Často je to aj nezaujímavé o problémy mladistvého. Rodič – alkoholik býva tiež „identifikačný vzor správania“. U mladších detí popíjanie alkoholu výrazne ovplyvňuje negatívne poruchy v správaní ako je záškoláctvo, agresivnosť. Konzumácia alkoholu žiaľ postupuje už do najmladších vekových kategórií pod 14 rokov a spôsobuje často vážne sociálne a protispoločenské problémy.

Na alkoholizmus u mladistvých chlapcov a dievčat (do 18. rokov života, v rokoch 2000 – 2003) ošetrovaných v psychiatrických ambulanciách SR ukazuje aj graf 1 (18).

Na druhej strane **deti alkoholikov** mávajú taktiež množstvo problémov. Keďže sa im dostáva menej kvalitná výchova a žijú v narušených rodinných vzťahoch, bývajú viac neurotické, napriek dobrým intelektovým schopnostiam častejšie zlyhávajú v školskom vzdelávaní a bývajú častejšie pacientmi detských psychiatrií, pedagogicko-psychologických poradní a mávajú aj častejšie rôzne zdravotné problémy (15).

Alkoholizmus u starých ľudí

Problematika alkoholizmu v starobe má svoje špecifiká. Častými spúšťačmi na pitie sú opustenosť, osamelosť, „syndróm prázdneho hniezda“, ako aj pocity nepotrebnosti a fyzickej nedostatočnosti. Býva tu už pridružených viacero zdravotných problémov

(hypertenzia, ischemická choroba srdca, diabetes, bronchitída a množstvo ďalších). V oblasti psychiky začínajúce, ale aj progredujúce kognitívne deficity vo forme organických psychosyndrémov, alebo až demencií.

Aj preto majú starí ľudia k svojej závislosti len zriedkavo kritický postoj, zväčša už pitie ani neracionalizujú, ich motivácia k abstinencii býva značne problematická a recidívy v pití časté (19). Starí ľudia majú už podstatne nižšiu toleranciu na pitie alkoholu, nachádzajú sa často už vo finálnych štádiách alkoholizmu. K sprievodným príznakom v ich správaní patria hlavne poruchy v správaní a žiarlivosť (1).

Liečba alkoholizmu

Neexistuje zatiaľ žiadna kauzálna liečba závislosti od alkoholu. Ochorenie má multikondicionálnu genézu, preto musí byť liečba komplexná (2).

V terapeutických cieľoch:

- kompenzujeme telesné a psychické poruchy, v dôsledku dlhodobého pitia,
 - snažíme sa o zmenu postoja pacienta voči alkoholu,
 - zvyšovať afektívnu a frustračnú toleranciu pacienta (možné dôvody relapsu),
 - zlepšovať sociálnu a profesionálnu integráciu, budovať nové vzťahy,
 - reštituovať pôvodne autonómnou osobnosť, s ucelenou hierarchiou hodnôt.
- Nadradený je tu hlavný cieľ – úplná abstinencia!

Fázy terapie

- 1. Kontaktná:** Ozrejmuje sa diagnóza, jej komplikácie, zisťuje sa sociálna situácia pacienta, formuje sa motivácia na liečbu, že je táto potrebná a stav si vyžaduje dlhodobú abstinenciu.
- 2. Detoxikačná:** Trvá niekoľko dní až týždňov, s náhlym odobratím alkoholu, možnými absti-

nenčnými príznakmi, s medikáciou infúznej liečby, roborancií, benzodiazepínov (GABA-ergný efekt, so substitučným charakterom). Často sú potrebné aj konziliárne vyšetrenia špecialistov, hlavne internistov, neurológov.

- 3. Odvykacia liečba:** Jej účelom je prerušiť patologický vzťah k alkoholu, trvá týždne až mesiace. Vytvárajú sa počas nej nové behaviorálne reakcie na alkohol, podávajú sa lieky s averzívnym účinkom a senzitivácia na alkohol pacientovi pomáha v budúcnosti abstinovať. Realizuje sa individuálna aj skupinová psychoterapia, socioterapia, rodinná terapia.
- 4. Rehabilitačná:** Má za účel rehabilitovať pacienta v pôvodných funkciách a resocializovať ho. Súčasťou bývajú tzv. klubové aktivity A-kluby (abstinujúcich alkoholikov), AA-kluby svojpomocné (anonymných alkoholikov). Praktický lekár by mal vedieť poskytnúť informáciu pacientovi o existencii doliečovacích klubov v najbližšom okolí.

Farmakoterapia alkoholizmu

- 1. Anticravingové:** Znižujúce túžbu po alkohole: acamprosat, zlepšuje kognitívne funkcie závislého jedinca (vyplýva to aj z našich pozorovaní liečby závislých) ako aj redukuje relapsy a pomáha zotrvať v abstinencii. Účinkom aj štruktúrou je podobný GABA (kyselina gama-aminomaslovej). Farmaká, obsahujúce účinnú látku naltrexon, antagonistu opioidných receptorov (14).
- 2. Farmaká s averzívnymi účinkami:** Slúžia na vytvorenie podmieneného reflexu, pri súčasnom podaní malej dávky alkoholu (apomorfin, eme-

tin), tiež senzitivujúce farmaká (inhibíciou alkoholdehydrogenázy) ako je disulfiram (antabus).

- 3. Farmaká, zmiernujúce abstinénčné príznaky:** Benzodiazepínové anxiolytiká (diazepam), Carbamazepin má aj antikonvulzívne účinky.
- 4. Farmaká na liečbu psychiatrických komplikácií** alkoholizmu ako sú neuroleptiká, incízívne, atypické, antidepresíva, hlavne SSRI, nootropiká a ďalšie (13).

Záver

Alkoholizmus je na Slovensku stále legálnou drogou číslo jedna. Spôsobuje vážne zdravotné, so-

ciálne, spoločenské, pracovné a ekonomické problémy. Včasná diagnostika alkoholizmu lekármi prvého kontaktu, ich zručnosť kvalitne pacienta motivovať k liečbe a abstinencii už na úrovni ambulancie praktického lekára umožní zabrániť rozsiahlym, často veľmi vážnym dôsledkom tejto závislosti a zaradiť takého jedinca naspäť, do kruhu jeho rodiny, práce a spoločnosti.

MUDr. Jozef Benkovič

Odborný liečebný ústav psychiatrický
Predná Hora, n.o., 031 01 Muráň 1
e-mail: olupprednahora@mail.t-com.sk

Literatúra

- André I, Čaplová T, Kotuliaková D. Vyšší vek a problematika drogových závislostí. Protialkoholický obzor 30, 1995, 49–56.
- Feuerlein W. Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. In: Kolibáš E, Novotný V. Alkoholizmus a drogové závislosti. Univerzita Komenského, 1996, Bratislava, 120.
- Frouzová M. Ženy a drogy. Protialkoholický obzor 31, 1996, 269–275.
- Heller J, Pecinová O. Závislosť známá neznámá. Grada Publishing, 1996, Havlíčkův Brod, 168.
- Kolibáš E. Problematika alkoholizmu a drogových závislostí na X. celosvetovom psychiatrickom kongrese (Madrid, 23. 8. 1996). Alkoholizmus a drogové závislosti Protialkoholický obzor, 31, 1996, 303–308.
- Kolibáš E, Novotný V. Alkoholizmus a drogové závislosti. Univerzita Komenského, 1996, Bratislava, 120.
- Kolibáš E. Psychické problémy spojené s užívaním psychoaktívnych látok. In: Úrad vlády SR: Kurikulá pre vzdelávanie lekárov prvého kontaktu v starostlivosti o drogové závislých v rámci projektu Groupe Pompidou. Bratislava, 2002, 205.
- Mariani J, Martinove M. Alkoholizmus u žien. Alkoholizmus a drogové závislosti. Protialkoholický obzor, 35, 2000, 161–167.
- Národné monitorovacie centrum pre drogy. Správa drogových závislostí a kontrola drog v SR, 2005, 177.
- Nešpor K, Czemy L. Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi Psychiatrické centrum Praha, 1996, 29–30.
- Nešpor K, Praško J, Hoschl C, Seifertová D. Postupy v léčbě psychiatrických poruch. Návkyové nemoci. Medical Tribune Group., 2004, 19–32.
- Novotný V, Kolibáš E, Bírová M, Heretik A. Možnosti detekcie alkoholizmu VIII. časť, skúsenosti s použitím SIMA u pacientov somatických oddelení. Protialkoholický obzor 30, 1995, 99–105.
- Pokora J, Mošák P. Farmakoterapia závislostí od alkoholu. Protialkoholický obzor, 41, 2006, 105–118.
- Raboch J, Zvolský P, a kol. Psychiatrie. Galen, 2001, Praha, 193–202.
- Skála J. Závislosť na alkohole a jiných drogách. Avicenum, Zdravot. nakladatelství, Praha, 1987.
- Svetová zdravotnícka organizácia: Neuroveda o užívaní psychoaktívnych látok a závislosti. Preklad MUDr. Okruhlica, CSc., str. IX, 2004, Predhovor.
- Štatistický úrad SR: Rozšírenosť užívania drog na Slovensku a názory občanov na problémy spojené s drogovou závislosťou. Ústav pre výskum verejnej mienky, 2000, Bratislava, 67.
- Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky: Psychiatrická starostlivosť v SR 2003. Bratislava 2004.
- Žigová E, Hrdličková B. Syndróm závislosti od alkoholu u gerontopsychiatrického pacienta. Protialkoholický obzor 35, 2000, 21–26.

Július Mazuch a kol.

Chirurgické aspekty chronickej venózneho insuficiencie dolných končatín

Choroby venózneho systému sú závažným medicínskym i spoločenským problémom, pretože postihujú až tretinu populácie. Publikácia tematizuje, zhrňuje, triedi a do istej miery i hierarchizuje chirurgické hľadiská chronickej venózneho insuficiencie dolných končatín. Deväť prehľadných kapitol informuje o anatómii, fyziológii, patofyziológii, charakteristike chronickej venózneho insuficiencie dolných končatín, diagnostike, komplikáciách. Rozsahom aj významom dominuje kapitola o terapii, ktorej je venovaná polovica knihy. Odborný výklad je doplnený schematickými kresbami a fotografiami, ktoré spolu s vyčerpávacím zoznamom preštudovanej svetovej literatúry za každou kapitolou robia z tejto publikácie modernú učebnicu s najnovšími poznatkami v odbore a operačnej technike, ako je napr. endovaskulárna terapia varixov dolných končatín.

Vydavateľstvo OSVETA, Martin 2006, s. 186, ISBN 80-8063-212-X.

Objednávaťe: Ing. Martin Farkaš, Vydavateľstvo OSVETA, spol. s r. o., Jilemnického 57, 036 01 Martin
Tel.: 043/4210970
Fax: 043/4210978
e-mail: farkas@vydosveta.sk

