

АКТУАЛНИ ТЕНДЕНЦИИ В КОМОРБИДНИЯ ПРОФИЛ НА АЛКОХОЛНО ЗАВИСИМИ ПАЦИЕНТИ

Л. Нейкова-Василева

Клиника „Спешна токсикология“, ВМА – София

Резюме. Алкохолната зависимост е хронично-рецидивиращо заболяване, изискващо лечение. Алкохолът е причина за над 60 вида болести и травми – т.нар. коморбидност. Те могат да се появят по едно и също време или последователно. Цел на материала е да се актуализират типът и честотата на коморбидните заболявания при пациентите с алкохолна зависимост с оглед оптимизиране на детоксичното лечение. Терапевтичният детоксикационен подход е съобразен не само с физиологичните промени, свързани с алкохолната злоупотреба, но и със съпътстващата коморбидност, което води до оскъпяване на лечението и до висок среден болничен престой.

Ключови думи: алкохолна зависимост и коморбидност, алкохол и коморбидни заболявания

CURRENT TRENDS IN THE PROFILE OF THE COMORBID ALCOHOL ADDICTED PATIENTS

L. Neykova-Vasileva

Toxicology Clinic, MMA – Sofia

Summary. Alcohol dependence is a chronic relapsing disease that requires treatment. Alcoholism causes over 60 types of diseases and injuries – the so-called comorbidity. They may occur at the same time or sequentially. The purpose of the article is to update the type and the frequency of the comorbid diseases in patients with alcohol addiction in order to optimize the detoxifying treatment. Detoxification therapeutic approach is consistent with the physiological changes associated with alcohol abuse, but also with the accompanying comorbidities, leading to much more expensive treatment and a higher average hospital stay.

Key words: alcohol addiction and comorbidity, alcohol and comorbid disease

Увод

Алкохолът е най-масовото общодостъпно психоактивно вещество, като жертва е не само психичното, но и физическото здраве на индивида. Обширни изследвания разглеждат алкохолната зависимост като медицинско състояние, изискващо лечение [1]. В Европа средният процент на диагностицираната алкохолна злоупотреба е 15% [3]. Много малка част от тези пациенти се лекуват [4]. Лечението е интердисциплинарно, включва, успоредно, поведенческа и медикаментозна терапия [1], като изключително важни елементи са детоксикацията и овладяването на абстинентните симптоми [5, 6]. Алкохолът е причина за повече от 60 вида болести и травми – редица анализи доказват причинно-следствена връзка между консумацията на алкохол и различни заболявания (т.нар. коморбидност). Те могат да се появят по едно и също време или последователно. Коморбидността предполага, че взаимодействието между двете заболявания може да доведе до влошаване в протичането и на двете. Прекомерната употреба на алкохол е свързана и с големи обществени разходи [2].

Цел

Целта на материала е да се актуализират типът и честотата на коморбидните заболявания при пациентите с алкохолна зависимост (АЗ) с оглед оптимизиране на детоксичното поведение.

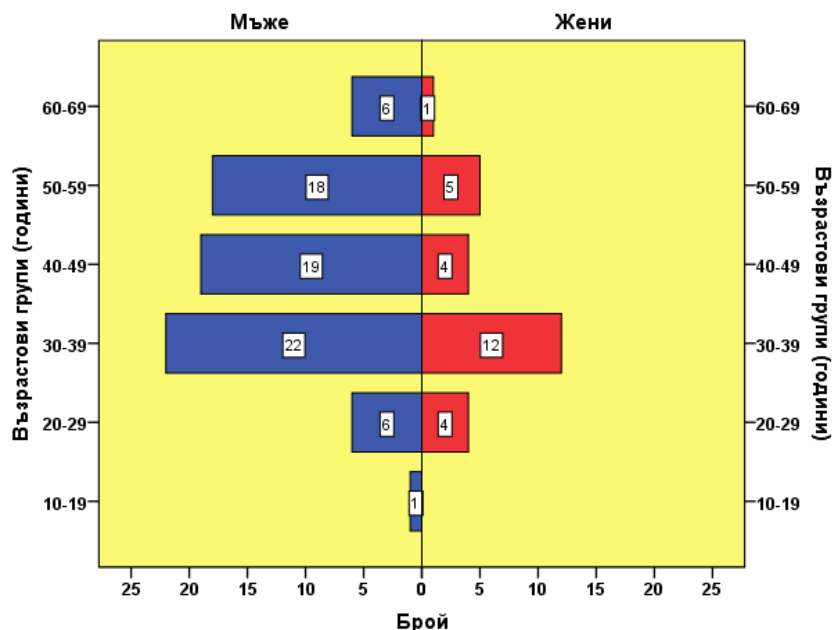
Материал и методи

Материал: включени са 98 пациенти с АЗ, хоспитализирани в клиника „Спешна токсикология“ на МБАЛ – София, ВМА, през периода 2009-2012 год. Възрастовият интервал е 19-69 год., средна възраст 42.63 ± 11.47 год. (фиг. 1).

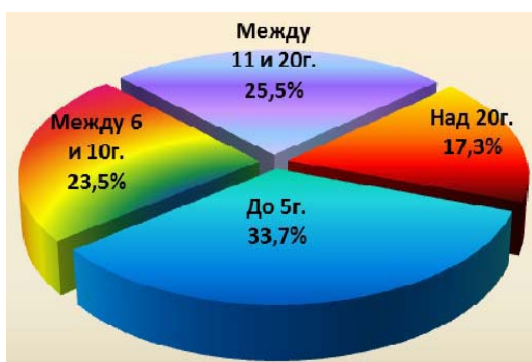
Изследването е клинично-епидемиологично и ретроспективно, представено чрез графични и статистически елементи.

Диагнозата: токсично въздействие на алкохол; синдром на алкохолна зависимост, е поставена от психиатър.

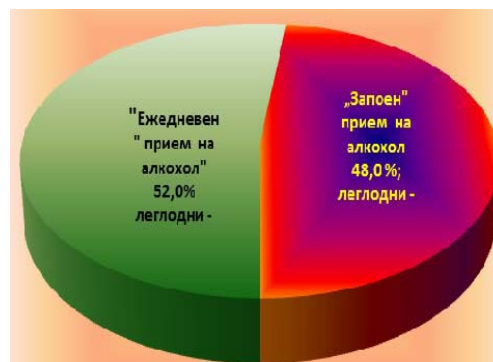
Задължително при всички болни бе приложен единен алгоритъм на клинично-лабораторен контрол – ПКК, биохимични показатели, някои високоспециализирани изследвания. В съображение взехме факторите: давността на АЗ, типа алкохолна употреба – „ежедневна“ или „запойна“, данните за които се представят чрез фиг. 2 и 3.



Фиг. 1. Разпределение на участниците в проучването с АЗ по пол и възраст



Фиг. 2. Разпределение по давност на АЗ



Фиг. 3. Разпределение според „типа“ употреба

Резултати и обсъждане

Клиничното изследване на таргетната група пациенти – 98 болни с алкохолна зависимост, бе прилагано с оглед оценка на актуалното им състояние при хоспитализацията. Акцентът бе върху промените във: централна нервна система (ЦНС), гастроинтестинален тракт (ГИТ), сърдечно-съдова система, психично състояние.

Клиничният статус установи, че преобладаваща е токсичната енцефалопатия, като степен на промяна на съзнанието – 88%

(фиг. 4). Преобладаването ѝ се интерпретира с изграден толеранс към големи дози употребен алкохол. Горен диспептичен синдром се описва при 20% от хоспитализираните (фиг. 5). Отчетете се умерено нарастване на средните стойности на аминотрансферазите при АЗ пациенти с доминиране на съотношението $ASAT > ALAT$ (показател за нарушена чернодробна функция) и ГГТП – холестазен ензим с повишена средна стойност шест пъти над референтната граница (табл. 1). Отчетете се нарастване и при средните стойности на тотален холестерол, TG и LDL холестерол (табл. 2). Една трета от болните са с артериална хипертония (АХ) – фиг. 7. Една пета (21.4%) от зависимите пациенти са с отклонение в психичния статус (табл. 3).



Фиг. 4. Степен на „помрачаване“ на съзнанието



Фиг. 5. Диспептичен синдром



Фиг. 6. Промени в чернодробните ензими

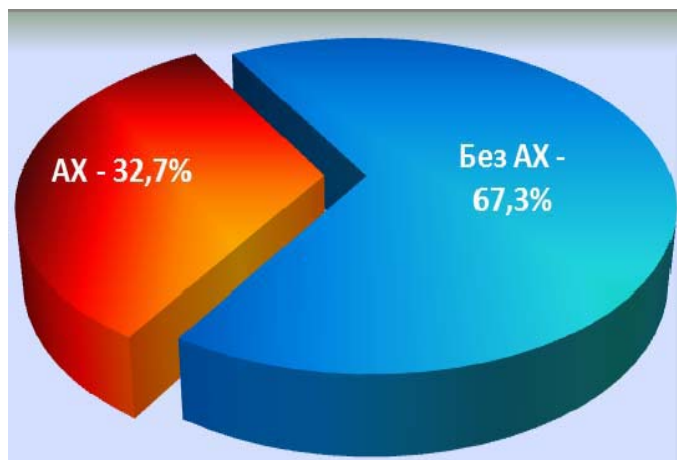
В табл. 1 е представен анализ на връзката между аминотрансферазите при двете групи пациенти с АЗ, според типа алкохолна употреба.

Таблица 1. Анализ на връзката между ASAT, ALAT, GGT при двете групи зависими

Показатели	Ежедневна употреба на алкохол			Запойна употреба на алкохол			p
	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	
ASAT	51	127,55	124,22	47	89,96	108,66	0,064
ALAT	51	70,10	69,48	47	62,30	71,12	0,370
GGT	42	429,67	627,01	33	145,09	198,88	0,023

Таблица 2. Вариационен анализ на показателите от липидния профил на лицата с АЗ

Показател	n	Min	Max	\bar{x}	SD
CHOL	41	2,74	9,46	6,18	1,48
TG	41	0,54	7,18	2,32	1,71
HDL chol.	26	0,34	3,91	1,87	1,00
LDL chol.	21	1,50	6,13	3,49	1,10



Фиг. 7. Артериална хипертония

Таблица 3. Разпределение на участниците в проучването по депресивни състояния

Депресивни състояния	Брой	%	Sp
Без депресия	76	77,6	4,2
Рецидивиращо депресивно разстройство	12	12,2	3,3
Биполярно афективно разстройство	5	5,1	2,2
Тревожно-депресивен синдром	4	4,1	2,0
Хистрионно разстройство	1	1,0	1,0
Общо	98	100,0	

Таблица 4. ТХА – концентрация на алкохол в кръв/урина при хоспитализацията

Показател	n	Min	Max	\bar{X}	SD
Концентрация на етанол в кръвта (g/l)	75	0,10	4,90	2,29	1,11
Концентрация на етанол в урината (g/l)	25	0,10	5,70	1,49	1,57
Стационарно лечение (дни)	98	1,00	30,00	3,99	3,57

Тези първоначални данни наложиха допълнителни изследвания, като данните от тях обособиха следните синдроми:

1. Резултатите от ултразвуковото изследване на коремните органи (фиг. 8), в съчетание с кръвните лабораторни промени в чернодробните показатели, позволиха да приемем, че при 77 болни (78.57%) е оформен **синдром на токсично увреждане на черния дроб**.

2. **Диспептичният синдром** (21%) при пациентите с АЗ допуска хипотезата, че тези болни имат недиагностициран остър или хроничен гастрит, обусловен от алкохолната злоупотреба. Допълнителен анализ на данните, според типа алкохолна употреба, показва, че при ежедневно пиещите 25.5% са с диспептични оплаквания, а при запойните – 17%. Разликата може да се обясни с ежедневното токсично въздействие на алкохола върху стомашната лигавица и с трайно променения и нарушен хранителен режим.



Фиг. 8. Профил на данните от ехография на черен дроб

3. **Синдром на токсично увреждане на периферната нервна система:** при 59 болни (60.20%) установихме нарушения в координацията на движенията, тремор, различни автоматизми, изявиени в различна степен и често вариращи помежду си. Проведеното електромиографско изследване (EMG) доказва дистална увреда на периферната проводимост на долни крайници при 38% от таргетната група. При 37.3% (22-ма болни) от изследваните не се обективизираха субективните оплаквания.

4. **Синдром на токсично увреждане на сърдечно-съдовата система:** повишени или горногранични стойности на артериалното налягане (АН) установихме при 41 от болни (42%).

Таблица 5. Вариационен анализ на САН, ДАН, пулс и стационарно лечение при лица с АЗ

Показател	n	Min	Max	\bar{X}	SD
САН (mm Hg)	98	80,00	210,00	130,05	22,38
ДАН (mm Hg)	98	40,00	100,00	81,68	13,49
Пулс (мин. ⁻¹)	98	68,00	126,00	87,41	13,89
Стационарно лечение (дни)	98	1,00	30,00	3,99	3,57

5. **Инфекциозно-възпалителни усложнения:** при 15 болни с АЗ (15.31%) регистрирахме катарни на горните дихателни пътища. При шест от тях поради наслояване на пневмонии се включи

антибиотично лечение. При други 22-ма болни с АЗ (22.45%) антибиотичното лечение се наложи поради наличието на друго съпътстващо заболяване – обострена бъбречнокаменна болест, възпаления на уринарния тракт; травматични лезии на меките тъкани.

6. Нарушения на белтъчния, въглехидратния, мастния и минералния обмен: с най-честа изява – 75.61%, е дислипидемичният синдром, установен при 31 пациенти (от общо изследвани 41 болни). Нарушен глюкозен баланс отбелязваме при 33-ма пациенти (33.67%). Хипопротеинемия има при 9 от изследваните 79 болни с АЗ (11.39%); един от тези болни е с клинични и лабораторни данни за цироза на черния дроб.

Отклонения в електролитния профил:

Хипонатриемия се установи при 20 болни (20.41%, или всеки 5-и пациент). Резултатите могат да се интерпретират с диспептичните симптоми при част от изследваните алкохолно зависими пациенти.

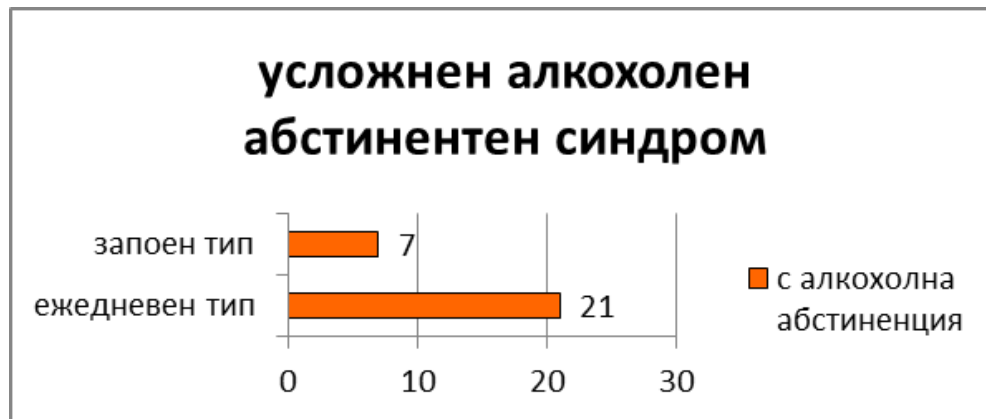
Хипокалиемия се установи при 15 от зависимите лица (15.31%). Вероятна причина за това отново е диспептичната симптоматика.

Хиперкалиемия – без да е животозастрашаваща, се установи при 4-ма болни (4.08%). Обяснението – вероятна хемолиза при вземането на кръв за лабораторните изследвания или грешка в измерването.

7. Психичен профил на алкохолно зависимите пациенти:

Резултатите от изследването на психичния статус при лица, зависими от алкохол, проведено от психиатър и психолог, са строго индивидуалноспецифични – с отклонения са 22.45% (22-ма болни). С козависимости към други психоактивни вещества (ПАВ) са 6.2% от лицата с АЗ: съпътстващата зависимост е към опиоиди (в ремисия) и бензодиазепини – актуална. На този етап клиничният ни опит показва, че няма съществена разлика в детоксичното лечение, но този контингент болни изискват по-чести консултации с психиатър/психолог и допълнителна медикация. Това води до удължаване и оскъпяване на лечението.

8. Остър „усложнен“ алкохолен абстинентен синдром (ААС) – проявите на абстиненция са застъпени в различна степен.



Фиг. 9. Усложнен ААС

При 71.43% (70 болни) те са леки и бързопреходни, а при останалите 28.57% (28 лица) интензивността на абстинентните явления е силно изразена (пределир, вкл. и delirium tremens) – фиг. 9. Именно тези болни изискват интензивни грижи: следене на АН и пулсова честота, на дишане, водно-електролитен баланс, на кръвна захар (опасност от хипогликемия!), баланс между инфузионна терапия и диуреза и други показатели.

Изводи:

1. Детоксикацията играе основна роля в процеса на лечение на хронично-рецидивиращото заболяване, каквото е алкохолната зависимост;
2. Водеща е токсичната енцефалопатия при хоспитализацията на болните;
3. Най-многочислена е групата на пациентите с давност на злоупотребата до 5 години – допускаме хипотезата, че при тази давност би се постигнала дългосрочна ремисия;
4. Значителен процент от АЗ лица са с диспептични оплаквания – по-чести при лицата с „ежедневна“ алкохолна употреба;
5. Алкохолната стеатоза е най-често срещаната чернодробна патология при АЗ болни, обект на изследването;
6. Наблюдаваните биохимични промени, при чернодробната функция, са в съответствие с признаците на клетъчна токсичност, което се потвърждава от абдоминалната ехография. Установихме статистически значима разлика при показателите ASAT и ALAT,

като сигнификантно по-високи средни стойности имат пациентите с „ежедневна“ употреба на алкохол;

7. Комбинацията: алкохолна употреба при АЗ и повишено АН – маркер за повишен риск от усложнен ААС;

8. Токсична полиневропатия на долни крайници се установява при 38% от лицата с АЗ;

9. Една пета (21%) от АЗ пациенти са с подлежащо психично страдание – налагат се чести консултации с психиатър/психолог, допълнителна медикация и респективно оскъпяване на лечението;

10. Според типа алкохолна употреба се установи разлика в процента на болните с „усложнен“ ААС по време на детоксикацията – 41% (ежедневен) : 15% (запоен).

11. При болните с АЗ и съпътстващо или наслоено, през детоксичния период, инфекциозно-възпалително заболяване се провежда строго специфична медикаментозна терапия;

12. Пациентите с алкохолна зависимост са с грубо нарушен баланс в обмяната на веществата;

13. Алкохолно зависимите болни, с различни коморбидни заболявания, се нуждаят от по-продължително стационарно лечение – те се обръщат за лечение, когато симптомите са налице и/или са с напреднали допълнителни усложнения. Това води до оскъпяване на лечението и до по-висок среден болничен престой.

Заклучение

При определянето на терапевтичния детоксикационен подход, при пациентите с АЗ и съпътстваща коморбидност, е необходимо съобразяване с физиологичните промени, свързани с алкохолната злоупотреба и вида на коморбидността, изискващи едновременен лабораторен и медикаментозен контрол.

Библиография

1. Gunzerath, L. et al. Alcohol research: past present and future. – Ann. NY Acad. Sci., 2011; 1216: 1-23.
2. WHO. Global status report on alcohol and health, 2011.

3. Mukherjee and Sosa. Special report. Alcohol Addiction, Decision Resources, 2010.
4. Kohn et al. The treatment gap in mental health care. – Bull. WHO. 2004; 82(11): 858-866.
5. EMA, Guideline on the development of medicinal products, 2012.
6. NICE, Clinical guideline 115, 2011.

 Адрес за кореспонденция:

Д-р Людмила Нейкова-Василева, дм
Клиника „Спешна токсикология“
МБАЛ, ВМА
ул. „Св. Г. Софийски“ № 3
1431 София
e-mail: lussi66@abv.bg