PROTIALKOHOLICKÝ OBZOR

24, 1989, 3, s. 159 – 162

SOMATICKÉ KOMPLIKACE REŽIMOVÉ PROTIALKOHOLNÍ LÉČBY

V. STRAKA, V. STRAKOVÁ

Psychiatrická léčebna KÚNZ, Horní Beřkovice,
ředitelka: MUDr. V. Kazetská

Většina odborných sdělení atologů se dá rozdělit do dvou skupin, často diametrálně odlišných. Podle svého odborného zaměření a zájmu se terapeuti buď zabývají ryze somatickými poškozeními, jak je mohou diagnostikovat převážně na přijímacích odděleních, anebo pedagogicko-psychologickými a sociálními aspekty léčby na režimovém oddělení. Domníváme se, že toto poněkud schématické roztřídění je pro běžnou klinickou praxi nevýhodné, neboť navozuje ne zcela přesnou představu o internisticko-neurologicko-psychiatrické léčbě na jedné straně a psychoteraputicko-režimové léčbě na straně druhé. V realitě oba tyto terapeutické směry se vzájemně prolínají a ústavní terapeut je musí přijímat v jejich plné jednotě.

Pro ilustraci této myšlenky jsme provedli rozbor našich pacientů za uplynulý rok. V roce 1987 bylo na náš primariát přijato 388 pacientů všech typů léčeb. Přes 60 % bylo přijato na lékařské doporučení v akutním stavu, jenom necelých 10 % jako léčby dobrovolné, zbytek tvořily léčby nucené, asi z poloviny na výměr ONV, a z poloviny jako ochranné léčby soudní. Zatímco u dobrovolných a ochranných léčeb je somatická problematika zanedbatelná, u parere a výměrů dominuje.

Z celkového počtu somatická poškození byla diagnostikována u 82 % pacientů. V roce 1982 excerpta z M. J. Ashleyho uvádějí pouze 7 % pacientů somaticky zdravých, u 33 % asymptomatický průběh nemoci a u 25 % v různém stupni sníženou pracovní schopnost. Nejčastěji se vyskytovala steatóza jater v 50 %, peptický vřed, ischemická choroba srdeční a gonorrhoea. Mezi našimi pacienty bylo 16 % delirantních stavů, 4,9 % neurologických onemocnění, 2,6 % chirurgických, 3,3 % kožních a pohlavních. Z interních převládala jaterní poškození 22,1 %, gastrointestinální 9,1 %, srdečně cévní 9,5 %, poruchy metabolismu 2,9 %.

Neurologickými komplikacemi se podrobně zabýval Valihrach (1980). U alkoholových epilepsií uvádí na základě studie literárních údajů od 6 do 10 %. V našem souboru se vyskytlo 2,6 % epilepsií grand mal a 1,7 % ojedinělých epileptických paroxysmů. Výskyt polyneuropatie se v literatuře pohybuje asi od 11 do 36 %, u našich pacientů se vyskytoval převážně ve skupině parere asi u třetiny.

Předneseno na schůzi AT sekci Purkyňovy společnosti v Praze dne 6. 1. 1988

O jaterních poškozeních opakovaně referovali Gerstner, Gerstnerová (1983, 1985). Ve svém souboru diagnostikovali chronickou alkoholovou hepatitidu ve 30 %. V našem souboru alkoholová hepatopatie 17,7 %, toxická hepatopatie 1,2 %, chronická jaterní léze 2 % a cirrhosis hepatis 1,2 %. Z ostatních interních komplikací se nejčastěji vyskytuje gastritida 3,2 %, ulcus ventriculi 1,7 %. Hampl (1984) cituje Navarrovo sdělení o patologii zažívacího systému u alkoholiků, u nespecifikované skupiny známky žaludečního vředu u 7,6 %.

Kolísavá hypertenze se vyskytovala u našich pacientů ve 2,6 %, ischemická choroba srdeční v 1,5 %, kardiomyopatie v 1,5 %. Kunda (1980) uvádí z Vesela a Čitakoviče manifestní syndrom esenciální hypertenze u 9,2 %. Hodnoty tlaku vyšší nad 150/95 se po deseti až patnácti dnech normalizovaly u 74 %.

Mezi našimi chirurgickými komplikacemi jsou nejčastější úrazy v ebrietě a řezné rány při sebepoškození. Taylor a spol. v publikaci Alkohol a mortalita uvádějí, že úmrtnost je v mladších věkových skupinách vyšší, u starších alkoholiků se příliš neliší od všeobecné populace. Jako nejčastější příčinu uvádějí cirózu ve 44 %, ischemickou chorobu srdeční v 8 %, epileptické záchvaty a periferní neuropatie v 13 %.

Při srovnání vlastních nálezů s údaji z literatury zjišťujeme menší výskyt závažných a trvalých onemocnění u našich pacientů. Souvisí to s tím, že jejich průměrný věk kolem 35 let je vesměs o 5 až 10 let nižší než v referovaných souborech. To je podmíněno polymorfním charakterem pacientské populace, mladými zneužívajícími toxikomany bez somatických důsledků závislosti, a ochrannými léčbami, u nichž téměř v polovině zjišťujeme pouhé zneužívání alkoholu, a tudíž i somatické zdraví. Přesto však i za daných okolností existují v režimové léčbě pacienti neschopní jejího úplného zvládání pro tělesnou nedostačivost nebo psychické poruchy, pro něž je nutno terapeutické působení modifikovat a diferencovat. Kromě těchto případů navíc zjišťujeme hojný výskyt lehkých tranzitorních potíží, infekčních onemocnění apod., pro něž i jinak zdraví pacienti přechodně nemohou režim plnit.

Zaměřili jsme se statisticky na výskyt akutních infekcí dýchacích cest při vlastní režimové léčbě, jenž je podmíněn celkovým interně neurologickým oslabením organismu se snížením obranychopnosti a hypovitaminózou, snížením prahu bolestivosti při subjektivním vnímání nemocnosti po odléčení základních psychiatrických a interních komplikací. Specifický vliv mají i předchozí poruchy životosprávy, kromě aktivního kouření dlouhodobý pobyt v zakouřeném nevětraném prostředí hostinců při absolutním nedostatku pohybu na čerstvém vzduchu. Na režimové stanici při počtu 45 pacientů v jednom trimestru (uvádíme stav za poslední čtvrtletí 1987) byl průměrný věk 35,2 roku. Sečetli jsme počet všech diagnostikovaných nasofaryngitid, tonsillitid a bronchitid v přepočtu na jednotlivé dny nemocnosti, po které bylo nutno pacienta vyjmout z aktivního provádění režimových požadavků, tj. především z pracovní a sportovní terapie, případně povolit klid na lůžku s medikací. Počet dnů nemocnosti byl celkem 208, průměrný počet na jednoho pacienta 4,6. Procento nemocných během tří měsíců 67. Pro srovnání jsme použili ve stejném časovém období dvě kontrolní skupiny. Jedna byla skupina chronických pacientů řadu let hospitalizovaných na našem primariátě pro chronické alkoholové psychózy a demence. Počet těchto pacientů je 30, průměrný věk 59 let, počet dnů nemocnosti pro infekce celkem 4, průměrný počet na jednoho pacienta 0,13 dne. Procento nemocných během tří měsíců 7. Druhou kontrolní skupinou byl zdravotnický personál našeho primariátu, tj. sestry, ošetřovatelé a vysokoškoláci, celkem 33 osob, průměrný věk 40,2 roků. Počet dnů nemocnosti celkem 10, průměrný počet na jednoho 0,3, procento nemocných během tří měsíců tři. Srovnáním

prostonaných dnů na osobu tedy zjišťujeme, že skupina aktivních režimových pacientů byla věkově nejmladší, zdravotníci v průměru o 5 let starší, chronici skoro o 25 let starší, a přesto byli aktivní pacienti proti zdravotníkům patnáctkrát častěji nachlazeni, a proti chronikům dokonce třicetkrát častěji. U zdravotníků bereme přirozeně v úvahu, že většina tzv. nemoci z nachlazení přechodí, při zachování pracovní schopnosti a jisté míře samoléčitelství, u chroniků kromě jisté imunity vzniklé věkem hraje nesporně roli mnohaletý pravidelný režim s absolutní abstinencí a přísně dodržovanou životosprávou.

Během tříměsíční léčby 38 % pacientů mělo režimovou pracovní neschopnost delší než 5 dnů s recidivou nachlazení nebo protrahovanými potížemi. Průměrný věk 32 let byl o 5 let nižší než u téměř stejně početné skupiny infekčně imunních (33 %), kteří se během režimové léčby nehlásili na lékařskou kontrolu s tímto typem zdravotních potíží. Pro potřeby tohoto sdělení nebyli bráni v úvahu pacienti s účelovými tendencemi, simulací a agravací příznaků s cílem uniknout z režimu. Skupina déle nemocných, u nichž se objektivně akutní infekce potvrdila, se zároveň vyznačovala větší úzkostí z nemoci, naléháním na medicínskou péči. Předpokládáme, že se stejně tak mohli vyskytnout pacienti, kteří měli objektivní potíže v podobném stupni, ale bagatelizovali je a lékařskou kontrolu nežádali. U těchto déle nemocných jsme zjišťovali strukturu osobnosti. U 59 % jsme hodnotili osobnost jako primárně jinou nežli nezdrženlivou. 18 % bylo hysterických psychopatů, 24 % astenicko-abulických s výraznou hypothymií a introverzí, 17 % paranoidních až paranoidně kverulatorních. Oproti tomu u 33 % infekčně imunních astenie s hypobulií byla v 7 %, hysterie v 7 %, ve 14 % dominovaly agresívní rysy s potřebou sebeuplatnění. Hypochondricko-neurastenická problematika výrazná u jednoho pacienta této skupiny nevedla k výskytu infekčního onemocnění, měl však časté potíže pro polyneuropatii s částečnou parézou, pro něž kontakt s lékařem vyhledával.

Není úkolem psychiatra atologa podrobně zkoumat všechny souvislosti somatických onemocnění a oslabení organismu. Na druhé straně však pokládáme za chybné, jestliže se režimová protialkoholní léčba interpretuje pouze jako převýchovný model odučování se abúzu a předem se nepočítá jako s integrální součástí s nepřetržitými výkyvy jak v somatickém stavu pacienta, tak v psychických poruchách.

Souhrn

Ve sdělení je analyzován soubor 388 pacientů hospitalizovaných na protialkoholním a protitoxikomanickém oddělení v roce 1987 z hlediska somatických diagnóz, výsledky jsou srovnány s literárními údaji. U 45 pacientů umístěných na režimovém oddělení v posledním čtvrtletí 1987 byl sledován výskyt infekcí horních cest dýchacích, který byl mnohonásobně vyšší než u kontrolních skupin chronických pacientů a zdravotnického personálu, byly naznačeny možnosti psychosomatických interpretací. Konstatuje se koincidence psychoterapeutického a režimového působení se somatickou a psychiatrickou péčí.

LITERATÚRA

Ashley, M. J. et al.: The physical disease characteristics of inpatient alcoholics. J Stud Alcohol, 42, 1981, 1, str. 1 – 14; Ref. Protialkohol Obz, 17, 1982, 4, str. 216 (L. Gába)

Gerstner, R. – Gerstnerová, M.: Závažnost jaterního poškození u nemocných s alkoholovou závislostí. Protialkohol Obz, 18, 1983, 6, str. 321 – 338

Gerstner, R. – Gerstnerová, M.: Příspěvek k diagnostice jaterního poškození u nemocných s alkoholovou závislostí. Protialkohol Obz, 20, 1985, 2, str. 65 – 74

Navarro-Izwuierdo, A. L. et al.: Diagnosis by use images in the digestive pathology of alcoholics. 33rd International Congress ICAA, Tanger, 1982. Ref. Protialkohol Obz, 19, 1984, 1, str. 52 (K. Hampl)

Taylor, J. R. – Combs-Orme, T. – Taylor, D. A.: Alcohol and mortality. J Stud Alcohol, 44, 1983, 1, str. 17 – 25. Ref. Protialkohol Obz, 20, 1985, 2, str. 87 (V. Novotný)

Valihrach, J.: Neurologické onemocnění u chronických alkoholiků (souhrnný referát). Protialkohol Obz, 15, 1980, 5, str. 271 – 280

Vesel, J. – Čitakovič, D.: Psihogeneza vegetativne disfunkcije s posebnim osvrtom na hipertenziju u alkoholičara. Alkoholizam, 10, 1979, 1 – 2, str. 7 – 13. Ref. Protialkohol Obz, 15, 1980, 5, str. 306 (S. Kunda)

Do redakcie prišlo dňa: 8. 6. 1988

Adresa autora: MUDr. PhDr. V. Straka, V sídlišti 262, 411 85 Horní Beřkovice
411 85 Horní Beřkovice