**Влияние алкогольной зависимиости на организм человека**

Несмотря на то, что 95 % людей употребляют алкоголь на протяжении своей жизни, точные данные, которые адекватно могли бы определить количество людей, злоупотребляющих алкоголем или имеющих алкогольную зависимость, отсутствуют. Общепринятые статистические показатели заболеваемости алкоголизмом субъективно отражают реальную ситуацию, т.к. число выявленных и учтенных больных алкоголизмом во многом зависит от активности наркологической службы (диспансерный учет, активное выявление и принудительное привлечение к лечению больных алкогольной зависимостью).

Для оценки наркологической ситуации используется ряд косвенных показателей, связанных с употреблением алкоголя: динамика потребления алкоголя, смертность от цирроза печени алкогольной этиологии, заболеваемость алкогольными психозами, преступность, дорожно-транспортные происшествия, производственный брак, прогулы на работе, травматизм, отравления, несчастные случаи, число разводов и др. Каждый из вышеуказанных показателей в отдельности субъективен, но в комплексе они достаточно информативны. Среди названных показателей наибольшего внимания заслуживает заболеваемость алкогольными психозами, поскольку она отражает распространенность и тяжесть алкоголизма, т.к. алкогольные психозы возникают только у больных с алкогольной зависимостью.

СТАДИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ (ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ) АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

На пути от первого случая употребления алкоголя до возникновения зависимости каждый пациент проходит ряд стадий, скорость протекания которых определяется вышеуказанными этиопатогенетическими факторами, также характером психоактивного вещества.

Стадия 1 - Начало употребления: приходится на подростковый, реже детский возраст. Реакция на первые приемы алкоголя влияет на дальнейшее поведение в этой сфере.

Стадия 2 - Экспериментальное употребление: приходится на подростковый и юношеский возраст, когда подросток экспериментирует, обычно в компании сверстников, с различными алкогольными напитками с целью достижения наиболее приятного эффекта. Формы употребления еще не сформированы.

Стадия 3 - Социальное употребление: употребление происходит в определенных группах и по определенным, принятым в данной культуре, социальным поводам. Сформированы предпочтения и формы употребления, вполне осознаются его негативные и позитивные последствия. Значительное большинство потребителей останавливаются на этом этапе, однако в части случаев происходит переход на следующую стадию.

Стадия 4 - Привычное употребление: представляет собой шаг по направлению к зависимости. Употребление становится заметно более частым, подыскивается компания со сходными интересами, появляются признаки психологической зависимости и толерантности. Возникают первые проблемы, связанные с потреблением алкоголя, которые становятся все более очевидными для семьи и окружения потребителя. Возможны как переход на следующий этап, так и стабилизация на этой стадии или полное прекращение потребления.

Стадия 5 - Чрезмерное употребление (злоупотребление): возникают явные проблемы в разных сферах, вызванные потреблением алкоголя - семейные конфликты, финансовые затруднения, конфликты с законом, проблемы с соматическим здоровьем и т.д. Толерантность повышена. В дальнейшем у части потребителей формируется зависимость, однако, в значительном количестве случаев, потребители способны самостоятельно или после медицинского вмешательства вернуться к стадии 3 - перейти к уровню потребления алкоголя, которое не влечет за собой каких-либо проблем. Стабилизация на этой стадии происходит редко.

Стадия 6 - Зависимость (аддикция): на этой стадии у потребителя выявляются признаки - диагностические критерии синдрома зависимости. Потребитель не способен видеть связь между приемом алкоголя и возникающими, вследствие этого приема, многочисленными проблемами. Симптоматика зависимости нарастает и утяжеляется.

КЛИНИКА АЛКОГОЛИЗМА

Основу клинической картины алкоголизма составляют последовательно формирующиеся в процессе развития заболевания синдромы, объединяющие клинические варианты алкогольной зависимости. Вот некоторые из них.

Патологическое влечение к алкоголю – это неконтролируемое избыточное потребление алкоголя, вытесняющее другие интересы и существенные мотивы человеческой активности. Потребление алкоголя при патологическом влечении не служит каким-либо определенным целям, кроме одной – достигнуть состояния опьянения, т.е. алкогольное опьянение становится самоцелью, оно психологически непонятно, в отличие от "нормального" влечения к алкоголю, которое является психологически понятным, т.е. предполагает потребление спиртных напитков с целью расслабиться, успокоиться, преодолеть застенчивость, наладить социальные контакты, закреплено обычаями и традициями. При патологическом влечении наблюдается избыточное неконтролируемое потребление алкоголя, сопровождающееся токсическим поражением головного мозга и организма больного в целом.

Физиологическое состояние отмены (ФСО)

Это симптомокомплекс вегетативных, соматоневрологических и психических расстройств, возникающих у больных алкогольной зависимостью при прекращении приема или снижении  доз алкоголя после периодического употребления в высоких дозах, обычно в течение длительного времени. Возникает в период от 6 до 48 часов после последнего употребления спиртных напитков. Длительность составляет от 2-3 дней до 2-3 недель, сопровождается патологическими изменениями функционирования жизненно важных органов и систем организма. В частности, избыточная продукция гормонов надпочечников и перевозбуждение симпатического отдела вегетативной нервной системы, нарушая функционирование мозговых структур, влияют на мнестические процессы и эмоциональную сферу. Из-за резкого повышения уровня катехоламинов снижается сократительная способность сердечной мышцы, возникают аритмии, фибрилляция, что может привести к внезапной смерти больного.

**Влияние алкоголя на организм человека**

Хорошо известно, что алкоголь обладает не только способностью вызывать зависимость, но, что не менее важно, действует как сильный токсический агент, оказывая патологическое влияние практически на все жизненно важные функции организма.

*Желудочно-кишечный тракт*.

Нарушения функции желудка наблюдается у 95% лиц, злоупотребляющих алкоголем, при этом у 71% выявлен хронический поверхностный гастрит, характеризующийся гиперплазией желез слизистой оболочки. Острая алкогольная интоксикация сопровождается нарушением моторики желудка, повреждением слизистой оболочки, развитием эрозий. Однократное введение 20% раствора этанола сопровождается обезвоживанием слизистой оболочки, появлением отмерших клеток. Хроническая алкогольная интоксикация сопровождается нарушением секреторной, ферментативной и моторной функций желудка и, как следствие, развитием язвенной болезни.

Аналогичное воздействие этанол оказывает на 12-перстную кишку, функциональные нарушения в которой приводят к повышению внутрипротокового давления в поджелудочной железе. А в результате – к возникновению алкогольного хронического панкреатита (АХП).

Согласно проведенных в России исследований 80% больных АХП стали употреблять алкоголь в возрасте 17 лет, а средний возраст первых клинических проявлений заболевания – 34 года.

Течение АХП сопровождается значительным числом осложнений: кальциноз поджелудочной железы у 89% больных, сахарный диабет – у 32%, подпеченочная желтуха – у 6%. Развитие и течение заболевания идет параллельно патологическим процессам в печени.

*Печень.*

Этиловый спирт обладает значительной энергетической ценностью и изокалорийно заменяет пищу, поэтому употребление алкоголя в больших количествах значительно влияет на пищевой статус, лишая человека аппетита и нарушая всасывание из пищеварительного тракта, даже в случае потребления пищи, витаминов Е, С, В1, В2, В6, В12. Как следствие, хроническая алкогольная интоксикация сопровождается дефицитом незаменимых веществ, наблюдаются признаки белкового голодания.

Результатом повреждающего действия алкоголя на печень является усиление выработки печеночными клетками (гепатоцитами) жирных кислот, создание в них дефицита уровня кислорода и, как следствие, торможение окисления жиров.Развиваются:

Жировая дистрофия печени (заполнение клеток печени жиром с нарушением функции гепатоцитов) – развивается у 80-90% лиц в период длительной и (или) массивной алкоголизации. Клинические проявления – от бессимптомного увеличения печени до печеночной недостаточности с отсутствием аппетита, тошнотой, рвотой, желтушностью и отечностью. В большинстве случаев обратима, начинает редуцироваться после 1 мес. воздержания от употребления алкоголя. Однако может прогрессировать и переходить в следующие, более тяжелые формы.

Алкогольный гепатит обычно развивается после 5-10 лет злоупотребления алкоголем у 10-35% больных алкоголизмом и характеризуется появлением некроза (гибели гепатоцитов) с воспалительной реакцией. Клинические проявления схожи с предыдущими, но чаще более выражены. Как правило, алкогольный гепатит переходит в

Алкогольный цирроз развивается у 10-20% алкоголиков. Характеризуется заполнением структуры печени соединительной (проще сказать – рубцовой) тканью с нарушением в ней кровообращения на фоне изменений, характерных для предыдущих этапов поражения. По мере разрастания рубцов все меньше еще живых гепатоцитов могут выполнять свои функции, зачастую они перерождаются в злокачественные опухоли и, по статистике, около 50% больных умирают в первые 4 года развития алкогольного цирроза.

*Сердечно-сосудистая система.*

Алкогольное поражение сердца и его выраженное проявление – алкогольная кардиомиопатия – являются важнейшими последствиями патологического действия алкогольной интоксикации. Токсический эффект этанола и его метаболитов на миокард приводит к росту уровня инвалидности и смертности трудоспособных людей, злоупотребляющих алкоголем. Признаки алкогольного поражения сердца у больных алкоголизмом посмертно обнаруживаются в 80-90% случаев.

Нарушения сердечно-сосудистой деятельности при алкогольном поражении сердца наиболее опасны в остром периоде алкоголизма, в динамике похмельного синдрома.

Экспертами Всемирной организации здравоохранения предложен термин: «Алкогольное поражение сердца» (АПС), который характеризуется большим своеобразием и неспецифичностью. Характерна триада синдромов: болевой синдром, недостаточность кровообращения и нарушения ритма сердца. Однако сердечно-сосудистые нарушения могут развиваться стремительно, под час молниеносно и далеко не всегда неотложная медицинская помощь спасает человеку жизнь. Нередко первым и единственным проявлением АПС является внезапная смерть. По клиническим данным внезапная смерть при абстинентном (похмельном) синдроме отмечается в 90% от общего числа случаев внезапной смерти у лиц, злоупотреблявших алкоголем.

*Центральная нервная система.*

В результате хронического токсического действия этанола развиваются нарушения высшей нервной деятельности - памяти, интеллекта, мышления, эмоций. Характерны расстройства восприятия, проявляющиеся в иллюзорных, галлюцинаторных, бредовых расстройствах, которые могут развиваться как на фоне абстинентного синдрома, так и в состоянии алкогольного опьянения. Достаточно частый исход – алкогольная энцефалопатия или алкогольный амнестический синдром (Корсаковский психоз).

Злоупотребление алкоголем – признанный фактор риска инсульта. Высокие дозы алкоголя вызывают повышение артериального давления, усиливают свертываемость крови и способствуют образованию тромбов. Употребление 3 и более стандартных доз алкоголя в сутки (1 стандартная доза - 10 мг. 100% этилового спирта) в 2 раза увеличивает риск развития инсульта.

*Легкие.*

У большинства больных (88%) туберкулез легких развивается на фоне алкоголизма, т.е. алкоголизм является первичным заболеванием. Риск заболевания туберкулезом легких повышается не только у лиц с алкогольной зависимостью, но и у злоупотребляющих алкоголем. Исследования показали, что среди больных туберкулезом, не имеющих сопутствующий диагноз «Хронический алкоголизм», примерно половина злоупотребляла алкоголем. Причиной повышенного риска являются недостаточное питание, снижение резистентности (сопротивляемости) организма,  иммунодефицит. Для больных туберкулезом, развившегося на фоне злоупотребления алкоголем, характерны более тяжелые формы заболевания и снижение эффективности лечения.