

METODY ROZPOZNAWANIA SZKÓD ZDROWOTNYCH SPOWODOWANYCH PICIEM ALKOHOLU

Wstęp

Alkohol jest czynnikiem powodującym wielorakie szkody zdrowotne i to zarówno w wyniku przewlekłego nadużywania alkoholu jak i w efekcie jednorazowego spożycia.

Mechanizmy powstawania szkód zdrowotnych związanych ze spożywaniem alkoholu są wielorakie i najczęściej współwystępują ze sobą. Alkohol i jego ok. 30-krotnie bardziej toksyczny główny metabolit - aldehydoctowy, a także substancje fuzłowe działają nie tylko bezpośrednio toksycznie na większość tkanek i narządów, ale powodują też szereg zmian narządowych (w tym wiele nieodwracalnych) na drodze pośredniej. Np. przewlekłe spożywanie alkoholu może prowadzić do zespołu złego wchłaniania, a w konsekwencji do niedoborów witaminowych, energetycznych, elektrolitowych, proteinowych i in., co może być początkiem „spirali patogenetycznej” prowadzącej do szeregu zaburzeń patofizjologicznych i zmian patomorfologicznych. Podobnych mechanizmów można wymienić co najmniej kilka.

Innym mechanizmem powstawania poalkoholowych szkód zdrowotnych są konsekwencje zachowań spowodowanych wpływem alkoholu na sferę emocjonalno-popędową, a przez nią na zachowanie tzw. ryzykowne (hazardous behavior). Alkohol sprzyja ujawnianiu się zachowań agresywnych (bójki), autoagresywnych (samouszkodzenia, próby samobójcze) i in. związanych z ryzykiem dla życia i zdrowia (prowadzenie pojazdów, obsługa wymagających szczególnej ostrożności urządzeń mechanicznych, praca na wysokości i to najczęściej bez zabezpieczeń). Spożycie alkoholu może zwiększać ryzyko zakażenia drobnoustrojami powodującymi choroby przenoszone drogą płciową (w tym infekcji wirusem HIV) poprzez częstsze podejmowanie stosunków płciowych z przygodnymi partnerami,

zaniechanie stosowania środków zabezpieczających i, prawdopodobnie, upośledzenie układu odpornościowego.

Kolejny mechanizm powstawania szkód zdrowotnych, to picie alkoholu mimo wiedzy o jego szkodliwym wpływie na inne leczone schorzenia (harmfull drinking). Alkohol jest bowiem czynnikiem istotnie wpływającym na przebieg i zejście wielu chorób, może powodować istotne komplikacje samej choroby jak i nieskuteczność i powikłania podstawowych kuracji.

W niniejszym referacie chciałbym pominąć sprawę rozpoznawania psychiatrycznych następstw picia alkoholu. Zagadnienia te mają liczne opracowania podręcznikowe i monograficzne. Poza tym powikłania uzależnienia od alkoholu, a nawet samo uzależnienie, są jedynie czubkiem góry lodowej, którą stanowią tzw. problemy alkoholowe, czyli m.in. problemy zdrowotne związane z piciem lub nadużywaniem alkoholu przez osoby nieuzależnione lub „jeszcze nieuzależnione”. Współczesne programy promujące zdrowie i zapobiegające alkoholizmowi zwracają szczególną uwagę na wczesną identyfikację osób z problemami alkoholowymi w celu włączenia ich do programów prewencyjnych, o których wiadomo, że są tym bardziej skuteczne im wcześniej podjęte.

W niniejszym opracowaniu chciałbym podjąć następujące wątki:

1. Rola kształcenia personelu medycznego i środowisk stykających się z problemami alkoholowymi w kierunku podniesienia „czujności alkoholowej”
2. Lekarskie badanie podmiotowe i fizykalne jako podstawa wykrywania poalkoholowych szkód zdrowotnych
3. Metody przesiewowe
 - a) kwestionariuszowe
 - b) biochemiczne
4. Badania pracowniane w rozpoznawaniu poalkoholowych szkód zdrowotnych
5. Alkoholowy zespół płodowy oraz dzieci alkoholików jako grupa szczególnego ryzyka wystąpienia problemów alkoholowych.

Znaczenie szkolenia personelu medycznego i środowisk stykających się z problemami alkoholowymi

Szereg badań jak i doświadczenia własne wskazują, że większość per-

sonelu medycznego (niepsychiatrycznego) w Polsce ma nikłą wiedzę na temat problemów alkoholowych. Dotyczy to zarówno nieznanomości metod diagnostycznych, jak i postawy „wypierającej” zjawisko problemów alkoholowych z powodu błędnego przekonania o nieuleczalności alkoholizmu, jak i z powodu nierzadkiego traktowania pacjentów z problemami alkoholowymi jako pacjentów „drugiej kategorii”. Po części jest to wynikiem marginalizacji problemów alkoholowych w systemie kształcenia zawodowego (akademickiego, pielęgniarstwa, doszkalającego). Wiedza o poalkoholowych szkodach zdrowotnych przekazywana na studiach medycznych jest nieproporcjonalnie mała do udziału alkoholu w ich powstawaniu. Choć istnieją bloki nauczania o chorobach wg ich etiologii (np. choroby zakaźne, choroby przenoszone drogą płciową, medycyna przemysłowa, toksykologia itp.) brak jest „alkohologii”. Mało tego - słowo to nie istnieje w polskich słownikach. O alkoholu można dowiedzieć się co nieco na kursach psychiatrii, ale i tak niemal wyłącznie w kontekście uzależnienia. W większości akademii medycznych brak jest oddziałów alkoholowych, brak pracowników naukowych specjalizujących się w alkoholizmie i często zajęcia z tej dziedziny odbywają się poza ośrodkami akademickimi, co nie gwarantuje przekazywania rzetelnej, nowoczesnej wiedzy. Studenci kończą akademie medyczne często ze szczątkową wiedzą o konsekwencjach picia alkoholu, możliwościach diagnostycznych, wczesnej interwencji i sposobach pomocy osobom z problemami alkoholowymi. Nierzadko na problemy alkoholowe patrzą przez fałszywy pryzmat uzależnienia i psychoz alkoholowych.

Podobnie wygląda sytuacja z kształceniem tzw. średniego personelu medycznego.

W skali kraju można mówić co najwyżej o „zależkowej” grupie osób spoza personelu medycznego, która styka się z osobami z problemami alkoholowymi (sądownictwo, więziennictwo, policja, szkoły, pracownicy socjalni itd.), a która ma podstawowe wiadomości o medycznych konsekwencjach spożywania alkoholu i sposobach postępowania z takimi osobami.

Wywiad lekarski i badanie fizykalne jako podstawa rozpoznawania szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem

Lekarz, który styka się z pacjentem, co do którego zachodzą pode-

jrzenia, że jego dolegliwości mogą być spowodowane alkoholem, nie dysponuje prostymi badaniami laboratoryjnymi, które w sposób jednoznaczny weryfikowałyby jego podejrzenia. (Temat ten będzie omówiony szerzej w rozdziale o markerach biochemicznych.) Wyniki prostych i powszechnie stosowanych badań laboratoryjnych mają znaczenie jedynie uzupełniające, a ich interpretacja jest możliwa jedynie w kontekście danych z wywiadu i badania fizykalnego.

Wywiad od pacjenta jest obok badania fizykalnego podstawą rozpoznawania szkód zdrowotnych. Niejednokrotnie pytania o alkohol są pomijane, jako krępujące dla pacjenta, bądź lekarz uważa, że i tak nie otrzyma rzetelnej odpowiedzi. U części lekarzy występuje też postawa zaniechania, związana z przekonaniem o nieuleczalności alkoholizmu.

Wydaje się, że należy wprowadzić do standardowej dokumentacji lekarskiej (historie choroby szpitalne i ambulatoryjne) rubryki dotyczące wywiadu alkoholowego oraz wprowadzić wymóg zbierania wywiadu alkoholowego i dokumentowania go. Równolegle należałoby wprowadzić szkolenia (choćby w postaci prostych materiałów edukacyjnych) na temat sposobów taktownego i nietraumatyzującego dla pacjenta zbierania wywiadu alkoholowego oraz postępowania w przypadkach, gdy pacjent podaje nieprzekonywujące dane. Istotne znaczenie ma „technika” zbierania wywiadu alkoholowego. Np. rozpoczęcie zbierania wywiadu od pytania, czy i ile alkoholu pacjent pije, może spowodować jego nieufność. Natomiast wplecenie pytań alkoholowych w trakcie rutynowego wywiadu („a co się dzieje z dolegliwością jak pan(i) wypije alkohol? a jak się pan(i) czuje następnego dnia ?”) może dostarczyć ważnych danych. Regularne zbieranie wywiadu alkoholowego przez pracowników służby zdrowia, oprócz dostarczania istotnych danych diagnostycznych miałyby również istotny walor edukacyjny, gdyż przynajmniej część osób stykających się z placówkami leczniczymi nabrałaby przekonania o istotności negatywnego wpływu alkoholu na zdrowie. Wbrew przypuszczeniom ten, wydawałoby się, oczywisty fakt nie jest powszechnie znany, a część pacjentów powołuje się na zasłyszane od lekarzy opinie bagatelizujące ten problem. Szkolenie lekarzy w zakresie zbierania wywiadu alkoholowego powinno zawierać także wyposażenie ich w narzędzia pozwalające na zbieranie tzw. wywiadu pośredniego, tzn. danych pozwalających na ocenę nasilenia problemów alkoholowych bez pytania o problemy alkoholowe. Część pacjentów ucina

zbieranie wywiadu alkoholowego stwierdzeniem, że nie pije wcale, albo prawie wcale, ale i od nich można zebrać dane o alkoholu pytając nie o alkohol, ale o najczęstsze dolegliwości somatyczne i psychiczne związane z alkoholem. Istnieje kilka prostych narzędzi, które pozwalają ocenić problem alkoholowy. (Pomijam tu metody kwestionariuszy alkoholowych, które będą omówione później.) Należy do nich np. pytanie o częstość urazów, szczególnie głowy. Okazuje się, że przebycie więcej niż dwóch urazów głowy u osoby bez chorób neurologicznych występuje niemal wyłącznie u osób z poważnymi problemami alkoholowymi.

Obok wywiadu, badanie fizykalne jest najważniejszym elementem wykrywania problemów alkoholowych. Lekarze nawet z małym doświadczeniem klinicznym są w stanie podejrzewać występowanie problemów alkoholowych na podstawie badania fizykalnego. Czujność na problemy alkoholowe powinny wzbudzać m.in. takie proste objawy jak: stawienie się na badanie w stanie wskazującym na spożycie alkoholu (zapach alkoholu z ust, niezborność), tzw. facies alcoholica, zaniedbanie higieniczne, objawy niedożywienia, ślady licznych urazów i samouszkodzeń, powiększenie i/lub bolesność wątroby, bolesność w nadbrzuszu, objawy krwawienia z przełyku lub żołądka, mało specyficzne objawy dyspeptyczne, niezborność mózdkowa i objawy polineuropatii, wegetatywne objawy abstynencyjne z nadciśnieniem tętniczym i tachykardią na czele i wiele innych. Istotne znaczenie powinno mieć szkolenie lekarzy pod kątem „czujności alkoholowej” tzn. uwzględnianie alkoholu jako jednego z najczęstszych czynników patogennych w powstawaniu objawów i zespołów chorobowych.

Metody przesiewowe

a) Kwestionariusze i wywiady standaryzowane

Metody kwestionariuszowe w rozpoznawaniu problemów alkoholowych cieszą się w ostatnich latach znaczną popularnością. Ich zaletami jest prostota, tania, łatwość stosowania do wielu celów (skrining, diagnoza, pomiar głębokości uzależnienia itp.).

Powstało kilkadziesiąt metod kwestionariuszowych, z których ważniejsze omówiłem w artykule opublikowanym w Psychiatrii Polskiej w 1988 r. Metody kwestionariuszowe dzielą się na pośrednie i bezpośrednie.

Pośrednie to takie, w których badanemu zadaje się szereg pytań na tematy nie związane z alkoholem i następnie konfigurację odpowiedzi porównuje się z odpowiedziami udzielonymi przez grupę osób uzależnionych. Przykładem takiej skali jest skala Mac Andrew w teście MMPI. Metody pośrednie nie diagnozują alkoholizmu, ale są przydatne w identyfikacji osób z problemami alkoholowymi lub takich, których osobowość predysponuje do ich wystąpienia. Praktyczna przydatność metod pośrednich w diagnostyce jest ograniczona, większa jest przydatność do selekcionowania osób do programów prewencyjnych. Wadą jest także, że ich wypełnienie, obliczenie wyników i interpretacja są czasochłonne (co najmniej 1,5 godziny).

Metody kwestionariuszowe bezpośrednie zawierają pytania dotyczące kwestii alkoholowych. Kwestionariusze tworzone są do badania różnych aspektów alkoholizmu (np. pomiaru głębokości uzależnienia, pomiaru natężenia zespołu abstynencyjnego itp.), ale najczęściej służą one do badań przesiewowych (skrining). Stworzono szereg takich kwestionariuszy, ale powszechnie na świecie stosuje się zaledwie kilka, które stały się standardami mimo pewnych słabości. Najczęściej stosowane są Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) i CAGE. Podstawowa wersja MAST zawiera 25 pytań o problemy alkoholowe, istnieje też wiele mutacji tego kwestionariusza: m. in. wersje skrócone do 13 (SMAST) i 10 (BMAST) itemów, wersja do samooceny. MAST, mimo przeznaczenia do badań przesiewowych, jest chętnie stosowany także jako narzędzie diagnostyczne, a nawet jako skala nasilenia uzależniania. Jeszcze krótszy, bo 4 pytaniowy CAGE stosowany jest wyłącznie do skriningu. Jako bardzo prosty (wypełnienie go trwa do 1 minuty) chętniej jest stosowany przez lekarzy ogólnych, podczas gdy MAST preferowany jest przez psychiatrów (czas wypełniania do 15 min.). Stwierdzono, że lekarze ogólni w USA wykrywają bez dodatkowych narzędzi 63% osób nadużywających alkoholu i uzależnionych, natomiast po zastosowaniu CAGE wykrywalność wzrasta do 70% nadużywających i 94% uzależnionych. Co istotne - oba kwestionariusze (MAST i CAGE) zostały przetłumaczone na język polski i wystandaryzowane.

Ostatnio lansuje się kwestionariusze, które łączą elementy wywiadu z prostym badaniem somatycznym i/lub wynikami badań laboratoryjnych. Pierwszym był Munchen Alcoholismustest (MALT) chętnie stosowany tylko w krajach niemieckojęzycznych, gdzie indziej rzadziej - m.in. ze względu na czasochłonność. Inne testy z tej grupy to Alcohol Clinical Index (ACI) i

rekomendowany przez WHO Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Czas wypełnienia obu z nich 3-5 minut.

Z dużej liczby kwestionariuszy przesiewowych najbardziej godne rekomendowania są CAGE, MAST i AUDIT. CAGE jako najprostszy i najmniej czasochłonny ma największe szanse akceptacji przez lekarzy ogólnych, MAST daje pogłębioną analizę problemów diagnostycznych i ma większą trafność i czułość, AUDIT może przewyższać oba pozostałe uwzględnieniem innych niż wywiad danych klinicznych (jest „bardziej lekarski”). Przynajmniej te trzy kwestionariusze powinny być dostępne lekarzom ogólnym w celu pomocy w rozpoznawaniu problemów alkoholowych. CAGE i MAST mogą być także stosowane przez osoby spoza służby zdrowia (pedagodzy, terapeuci, policjanci, służba więzienna, pracownicy socjalni).

b) Markery biochemiczne

W ostatnim dziesięcioleciu obserwuje się znaczny postęp w badaniach nad obiektywizacją rozpoznawania problemów alkoholowych przy pomocy markerów biochemicznych.

Mimo, że nie znaleziono markera, który byłby specyficzny dla uzależnienia od alkoholu, znajomość dynamiki zmiennych biochemicznych w zależności od spożywania alkoholu może znacznie ułatwić diagnozę, monitorowanie leczenia i w pewnym stopniu prewencję.

Pewne nadzieje na znalezienie markera alkoholizmu wiązano z badaniami poziomu alkoholu we krwi, moczu i wydychanym powietrzu. Stwierdzenie alkoholemii powyżej 1,5 promila bez wyraźniejszych psychicznych lub somatycznych objawów intoksykacji sugeruje wzrost tolerancji, a więc uzależnienie. Podobnie, alkoholemia powyżej 3 promile u osób nieuzależnionych praktycznie nie występuje (już znacznie niższa alkoholemia powoduje objawy intoksykacji uniemożliwiające kontynuowanie picia).

Markerem specyficznie związanym z alkoholem jest 5-hydroksytryptofol, jednak jego przydatność jest ograniczona jedynie do monitorowania trzeźwości. Istotną wadą jest także konieczność posiadania specjalistycznej drogiej aparatury i odczynników.

Wysokie koszty oznaczania eliminują na razie używanie desialowanej

formy transferyny jako markera uzależnienia. Mimo, że transferyna nie bierze udziału w przemianie metabolicznej alkoholu, jego nadużywanie wiąże się ze wzrostem poziomu desialowanej transferyny. Mechanizm tej korelacji jest niejasny, ale specyficzność metody jest zadziwiająco wysoka (znaleziono jedynie pojedyncze przypadki osób z chorobami dróg żółciowych, u których stwierdzono podwyższone poziomy desialowanej transferyny).

Większość markerów do wykrywania nadużywania alkoholu opiera się na metodach pośrednich, tzn. na badaniu poziomu substancji świadczących o szkodach alkoholowych. Dotyczy to głównie enzymów wydostających się z uszkodzonych przez alkohol tkanek (głównie wątroby) lub substancji wadliwie metabolizowanych przez uszkodzone narządy lub układy. Są to metody niespecyficzne, bo podwyższenie aktywności enzymatycznej może być spowodowane także innymi niż alkohol czynnikami.

Mimo tej niespecyficzności wykazano, że badanie niektórych markerów może dobrze służyć do diagnozy wstępnej (skriningu) jak i być przydatnymi w pogłębionej diagnostyce.

Z badań, które są stosunkowo proste i tanie należy wymienić badanie gamma-glutamylotranspeptydazy (GGTP), oznaczenie stosunku transaminazy asparaginowej (AspAT) do alaninowej (AIAT), ocena makrocytozy (MCV).

Podwyższenie aktywności GGTP będącej wyrazem uszkodzenia komórek wątroby stwierdza się u 34-85% uzależnionych od alkoholu. Aktywność GGTP nie zmienia się znacząco po sporadycznych intoksykacjach alkoholem, natomiast wzrasta proporcjonalnie do ilości alkoholu spożywanego przez dłuższy czas. U osób uzależnionych dochodzi do normalizacji aktywności GGTP najczęściej dopiero po 4-5 tygodniach abstynencji. Także po przerwaniu abstynencji poziom GGTP znacząco wzrasta dopiero po ok. 2 tygodniach, co dyskwalifikuje ten marker do monitorowania trzeźwości. Wadą jest niespecyficzność markera - w niektórych populacjach (np. pacjentów szpitalnych) poziom tego enzymu był podwyższony u połowy chorych, którzy nie nadużywali alkoholu.

Podobnie niespecyficzne jest podwyższenie aktywności aminotransferaz. Jednak stosunek aktywności AspAT do aktywności AIAT powyżej 2,0 sugeruje uszkodzenie wątroby na skutek dłużej trwającego spożywania alkoholu. Bardziej specyficzne, ale trudne technicznie i drogie jest oznaczenie

aktywności izoenzymu mitochondrialnej AspAT, bądź obliczanie stosunku aktywności frakcji mitochondrialnej do całkowitej. Stosunkowo prostym testem jest badanie średniej objętości krwinek czerwonych (mean corpuscular volume - MCV). Makrocytoza występuje u 31-96% nadużywających alkoholu i przez niektórych jest uważana za lepszy marker uzależnienia od alkoholu niż GGTP. Jedną z głównych przyczyn makrocytozy jest niedobór witaminy B-6, częsty u osób nadużywających alkoholu. Nie u wszystkich uzależnionych występuje hipowitaminoza B-6, a poza tym alkohol jest dopiero trzecią co do częstości przyczyną makrocytozy.

Testy biochemiczne oprócz niespecyficzności są również mało czułe. Problem ten częściowo można rozwiązać kojarząc różne próby biochemiczne. Połączone badanie kilkoma markerami alkoholowymi może prowadzić do wzrostu czułości do prawie 100%.

Istotnym postępowaniem w badaniach markerów alkoholizmu jest badanie frakcji HDL (high density lipoproteins) lipoprotein. Szczególnie interesujące są badania nad podfrakcjami HDL (HDL cholesterol, HDL apolipoproteiny A-1 i A-II, HDL fosfolipidy), które uważa się za czułe wskaźniki intoksykowania się alkoholem.

Z innych markerów, nad którymi trwają intensywne badania należy wymienić: wskaźnik będący stosunkiem poziomu kwasu alfa-amino-n-masłowego (AANB) do poziomu leucyny w surowicy, pomiary poziomu metabolitów alkoholu etylowego: aldehydu octowego i octanów, aktywność niektórych enzymów krwinkowych (dehydrataza kwasu delta-aminolewulinowego, glikozydaz lizosomalnych, ilość związków powstałych z połączenia aldehydu octowego z hemoglobina, podwyższenie poziomu immunoglobulin A (a także wskaźnik IgA/IgG), poziom alkoholu metylowego w surowicy i in. Większość z tych metod ma jeszcze niezwyfikowaną wartość diagnostyczną, małą specyficzność i często jest kosztowna (skomplikowana aparatura i procedura badawcza, drogie odczynniki).

W obecnym stanie wiedzy i wyposażenia laboratoriów usługowych można powiedzieć, że badanie aktywności GGTP powinno stać się, moim zdaniem, badaniem rutynowym dla wszystkich pacjentów szpitalnych i ambulatoryjnych, wymagane powinno być także np. przy skierowaniach na wczasy, przy przyjęciu do pracy itp. Wydaje się, że dzięki temu można uzyskać skrining uszkodzenia wątroby prawie całej populacji, który byłby punktem wyjściowym do pogłębienia diagnozy problemów alkoholowych.

Badanie to nie jest ani drogie, ani skomplikowane. Dodatkowo, kontrolowanie poziomu GGTP może mieć znaczenie prewencyjne, co wykazały klasyczne już badania programu z Malmo.

U pacjentów z podwyższonymi wynikami GGTP powinno stosować się rutynowo (oprócz wywiadu alkoholowego i badania fizykalnego nastawionego na alkoholowe szkody zdrowotne) baterię niedrogich i prostych badań: stosunek AspAT do AIAT, makrocytoza.

Przydatność innych markerów alkoholowych jest sprawdzana, a badania powinny być kontynuowane w ośrodkach naukowych. Trwają m.in. badania i pogłębiona analiza przydatności badań poziomu HDL lipoprotein, beta-heksosaminidazy itp.

Inne badania pracowniane w rozpoznawaniu poalkoholowych szkód zdrowotnych

Poalkoholowe zmiany narządowe są najczęściej mało specyficzne i dopiero w kontekście wywiadu i innych danych klinicznych można z całą pewnością powiedzieć o etiologii alkoholowej.

Stosunkowo specyficzne zmiany występują w badaniach histopatologicznych. Pomijając badania autopsyjne, najważniejsze z nich to badania biopsyjne wątroby. Wnoszą one istotne dane do etiologii, ale przede wszystkim różnicują poalkoholowe schorzenia wątroby umożliwiając dobór optymalnego leczenia i dostarczając istotnych przesłanek rokowniczych.

Badania technikami obrazującymi wątroby (USG, tzw. „kolorowy Doppler”) wnoszą niewiele do diagnostyki różnicowej, choć pomagają ocenić konsystencję wątroby. USG może być przydatne w diagnostyce poalkoholowego zapalenia trzustki.

Badania radiologiczne umożliwiają przede wszystkim ocenę urazów tak częstych u osób pijących, ale i niektóre powikłania uzależnienia np. żylaki przełyku u osób z marskością wątroby itp. Jeśli przyjąć, że alkohol jest kokarcinogenem i ma swój udział w powstawaniu niektórych nowotworów, to badania radiologiczne odgrywają istotną rolę w diagnostyce procesów rozrostowych.

Bardziej skomplikowane badania radiologiczne (jak np. tomografia komputerowa - TK) i inne techniki obrazowania (oparte na zjawiskach rezonansu magnetycznego - NMR czy emisji pozytronowej - PET) są wielce

przydatne w diagnostyce poalkoholowych zaników mózgu i mózdzku i procesu przyspieszonego starzenia się. TK odgrywa też istotną rolę w rozpoznawaniu bądź wykluczaniu krwiaków podtwardówkowych i innych urazów mózgu, częstych u osób pijących.

Techniki endoskopowe umożliwiają stwierdzenie żylaków przełyku, częstych u osób z poalkoholową marskością wątroby oraz poalkoholowych schorzeń śluzówki żołądka (nieżyty, zaostrzenia choroby wrzodowej).

Badania elektroencefalograficzne są przydatne w różnicowaniu napadów drgawkowych abstynencyjnych od uwarunkowanych organicznymi uszkodzeniami mózgu. Badanie elektromiograficzne obiektywizuje objawy neuropatii alkoholowej.

Badania biochemiczne pozwalają m.in. na stwierdzenie i ocenę głębokości szkód narządowych spowodowanych toksycznym działaniem alkoholu (hypoproteinemia, zaburzenia krzepliwości krwi, hyperbilirubinemia), oraz na ocenę niedoborów wodno-elektrolitowych (hypokaliemia, hypomagnezemia), witaminowych (hypowitaminoza głównie B1), odżywczych (hypoproteinemia) i wielu, wielu innych.

Metody serologiczne mają istotne znaczenie w rozpoznawaniu chorób przenoszonych drogą płciową (kiła, HIV), częstszych u osób pijących.

Alkoholowy zespół płodowy i dzieci alkoholików

Ostatnio znaczną uwagę poświęca się alkoholowemu zespołowi płodowemu (FAS). Jest to zespół objawów występujących u płodu a potem u noworodka, a którego objawy utrzymują się w dzieciństwie i życiu dorosłym, spowodowany działaniem teratogennym alkoholu, a także jego działaniem „teratogennym neurobehawioralnym”. Na rozpoznanie FAS składają się:

1. Upośledzenie wzrostu przed - i pourodzeniowe z obniżoną wagą ciała i/lub zmiejszonym obwodem głowy
2. Zaburzenie o.u.n. (odchylenie w stanie neurologicznym, opóźniony rozwój psychomotoryczny, zaburzenia zachowania, obniżony intelekt)
3. Co najmniej dwa z objawów w obrębie twarzoczaszki: mała głowa, małoocze, wąskie szpary powiekowe, niewykształcona rynienka wargi górnej, krótki nos, cieńsza warga górna, spłaszczenie twarzy
4. Ekspozycja na alkohol w okresie prenatalnym.

Objawom tym towarzyszy szereg innych objawów somatycznych i neurobehavioralnych, w tym częste poważne wady wrodzone. Dokładniejszy opis zespołu można spotkać w pracy Załuskiej w dziewiątym n-rze „Alkoholizmu i Narkomanii”. U części noworodków narażonych w okresie płodowym na działanie alkoholu może występować „niepełny FAS” lub jego pojedyncze objawy. Mówi się wtedy o „efektach działania alkoholu na płód” (fetal alcohol effects - FAE).

Szczególnie te ostatnie - „poronne FAS” są często nierozpoznawane. Wydaje się konieczne zwiększenie wiedzy o wpływie alkoholu na płód zarówno wśród kobiet w ciąży jak i całej populacji w wieku rozrodczym. Wskazane jest także podjęcie szkolenia położników, kładącego nacisk na wczesną diagnozę problemów alkoholowych wśród ciężarnych i podejmowanie przez nich wczesnych interwencji. Rozpowszechnienie wiedzy o FAS i FAE wśród położników, neonatologów, pediatrów, rehabilitantów, pedagogów, może przyczynić się do wcześniejszego rozpoznania szkód poalkoholowych i podjęcia wcześniejszych, a przez to bardziej skutecznych działań leczniczo - rehabilitacyjnych.

Zagadnieniem nieco odrębnym, bo nie będącym konsekwencją picia alkoholu sensu stricto, jest problem dzieci osób uzależnionych. Dysponujemy już dość licznymi dowodami na to, że dzieci alkoholików różnią się znacząco od dzieci osób niepijących pod względem szeregu cech behavioralnych, elektrofizjologicznych i biochemicznych. Interesujące, że zjawisko to dotyczy głównie synów ojców - alkoholików.

Synowie osób uzależnionych od alkoholu w odmienny sposób reagują na alkohol wykazując więcej różnorodnych zmian nastroju, natomiast po intoksykacji raportują mniej dolegliwości niż osoby z grupy niepodwyższonego ryzyka. Podobnie odmiennie są reakcje na benzodiazepiny. Osoby z grupy ryzyka (alkoholizm w rodzinie) po spożyciu alkoholu wykazywały także większą odporność na stres niż osoby z grupy niskiego ryzyka.

Stwierdzono, że młodzi, niepijący synowie alkoholików „dziedziczą” po ojcach zapis EEG bogaty w rytm alfa. Podobne zjawisko dotyczy „przekazywania” obniżonej amplitudy fali P3 w potencjałach wywołanych.

Trwają badania nad znalezieniem enzymatycznych markerów predyspozycji do wystąpienia alkoholizmu. Najbardziej zaawansowane są badania nad aktywnością monoaminooksydaz (MAO) i cykazy adenylowej (AC).

Wyniki są niejednoznaczne, trudne do interpretacji i prawdopodobnie muszą być zweryfikowane z uwzględnieniem typologii alkoholizmu Cloningera. Kontynuowane są badania nad izoenzymami metabolizującymi alkohol: dehydrogenazą alkoholową (ADH) i aldehydową (ALDH). Prawdopodobnie u osób predysponowanych do uzależnienia konfiguracja aktywności izoenzymów jest taka, że powoduje szybką eliminację toksycznego aldehydu octowego. W grupach niskiego ryzyka występują natomiast inne konfiguracje izoenzymów powodujące wolniejszy metabolizm i kumulowanie się aldehydu octowego, co skutkuje szeregiem dolegliwości działających w efekcie awersyjnie. Predysponują niskie aktywności układów neuroprzekaźnikowych: noradrenergicznego i serotonergicznego. Wyniki tych badań nie mają na razie większego zastosowania praktycznego ze względu na niezwyfikowanie ich na większych populacjach, a także ze względu na koszty. Pozwalają nam jednak lepiej zrozumieć patogenezę nadużywania i uzależnienia od alkoholu. Być może pozwolą na bardziej precyzyjną identyfikację osób z wysokim ryzykiem uzależnienia, co stanie się punktem wyjścia do działań prewencyjnych skoncentrowanych głównie na tej grupie i z użyciem specyficznych dla tej grupy metod.

Podsumowanie

Alkohol jest czynnikiem patogennym oddziałującym wielonarządowo, poza tym powoduje szkody psychiczne i społeczne. Skuteczność współczesnych programów prewencyjnych jest w znacznym stopniu uzależniona od wczesnego wykrywania problemów alkoholowych i uzależnienia od alkoholu. Stan wiedzy osób, na których leży obowiązek wczesnego wykrywania problemów alkoholowych jest niezadowolający. Istnieje pilna potrzeba edukacji personelu mającego kontakty z osobami z problemami alkoholowymi. Lekarze ogólni i nie-psychiatry powinni zostać wyposażeni w proste narzędzia przesiewowe typu kwestionariuszowego do detekcji problemów alkoholowych i uzależnienia. Do rutynowego postępowania lekarskiego powinny należeć pytania o konsumpcję alkoholu, a dokumentowane to powinno być we wprowadzonych do standardowej dokumentacji rubrykach. Lekarze powinni być przeszkoleni w technikach taktownego, a gwarantującego uzyskanie rzetelnych danych, zbierania wywiadu alkoholowego. Badaniem rutynowym przy każdej hospitalizacji, a także przy przyjęciu do

pracy, skierowaniu do sanatorium itd. powinno być co najmniej badanie aktywności gamma-glutamyl-transpeptydazy (GGTP), a może także stosunek AspAT/AlAT i ocena makrocytozy. Programy prewencji kardiologicznej zakładające częstsze badanie poziomu frakcji lipoprotein mogą być sojusznikiem w wykorzystaniu badania HDL lipoprotein jako markera nadużywania alkoholu. Lekarze powinni być przeszkoleni w dziedzinie pogłębionej diagnozy alkoholowej i wyposażeni w proste narzędzia np. typu schematów i algorytmów postępowania diagnostycznego, w przypadku podejrzeń problemów alkoholowych wynikających z wywiadu, badania fizykalnego bądź metod skriningowych (kwestionariuszowych i biochemicznych).

Równoległe w placówkach naukowych powinny przebiegać zakrojone na szeroką skalę badania nad bardziej skomplikowanymi metodami wczesnego wykrywania problemów alkoholowych i szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholizowaniem się. Badania te powinny mieć na celu wypracowanie metod bardziej specyficznych i czułych, przy jednoczesnym dążeniu do potaniaenia tych metod i ich upowszechnienia.

Ważniejsze pozycje piśmiennictwa

Babor T.F., de la Fuente J.R., Saunders J., Grant M.: AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care, WHO, Geneva 1989

Early Identification of Alcohol Abuse. Research Monograph NIAAA 17, DHHS Publ. Washington DC, 1985

Habrat B.: Metody kwestionariuszowe w rozpoznawaniu i pomiarze zespołu uzależnienia do alkoholu. Psychiatr. Pol. 1988, 22, 149-155

Kostowski W., Wald I. (red.): Działanie Biologiczne Alkoholu Etylowego. PWN. Warszawa 1991

Nickel B., Morozov G.V.: Alkoholbedinkte Krankheiten. Grundlagen und Klinik. VEB Vrlg Volk u. Gesundheit. Berlin 1989

Secretary of Health and Human Services: Seventh Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. Rockville, 1990.

Załużska M.: Spożycie alkoholu w okresie ciąży a rozwój płodu i stan dziecka. Alkoholizm i Narkomania. 1992, nr 9, 9-24.