

Ишиас - лумбоскарален радикулит и неврит на седалищния нерв

Ишиасът представлява синдром, при който на преден план изпъкват болковите явления по хода на седалищния нерв и който се предизвиква от процеси в територията на този нерв.

В повечето случаи /80-90%/ лумбосакралният радикулит се дължи на прешленна остеохондроза/дистрофичен процес с образуване на костни шипчета и мостчета по прешлените/ и най-вече на поясна /лумбална/ дискова херния. Като по-редки причини се сочат някои общи заболявания /грип, ревматизъм, сифилис, захарен диабет, алкохолизъм, местни травматични и възпалителни процеси в гръбначния стълб или в малкия таз.

Основна роля за болковите явления играе механичният фактор - притискане на задните коренчета на нерва. Съпътстващи огнищни инфекции /зъбен гранулом, хроничен тонзилит, хроничен холецистит/ представляват съобулавящи фактори.

Невритът на седалищния нерв е много по-рядка форма на ишиас, отколкото радикулита вследствие дискова херния и остеохондроза. Възпалителният процес обхваща ствола на седалищния нерв и настъпва най-често във връзка с простуда.

В болестната картина основен симптом е болката, но има и различия според засегнатата област на поясно-кръстцовите коренчета или седалищния нерв. Коренчовото дразнене се характеризира с болка, започваща от кръста, която се усилва при кихане и кашляне или при рязко свиване на главата към гърдите. При разтягане на седалищния нерв /сгъване в тазобедрената става без свиване на колената/ също настъпва силна болка. Установяват се и точки около прешлените, които са болезнени при притискане. Тези симптоми са от голямо значение за поставяне на точна диагноза.

Лечението се провежда от лекар-специалист. То има за цел отстраняване на болката, на причинните фактори и на настъпили усложнения.

Дископатия и дискова херния

Най-честата причина на поясно-кръстцовия /лумбосакрален/ радикулит /до 90% от случаите/ е лумбалната /поясната/ дискова херния. Тя възниква на основата на остеохондроза на прешлените /хронично невъзпалително заболяване на гръбначния стълб и неговия свързочен апарат/.

Болестният процес засяга преди всичко междупрешлените дискове. Страничната лумбална дискова херния се проявява с болестната картина на лумбо-сакрален радикулит. Тя започва остро, най-често след физическо усилие /вдигане на тежест, внезапно рязко изправяне/ като лумбаго или \"секване\". Болката в кръста най-често е едностранна, силна, остро режеща или стрелкаща. Обикновено тя преминава за 4-5 дни. В други случаи тя се спуска надолу по седалището и задно страничната повърхност на крака.

След няколкодневен постелен режим със или без лечение болката стихва и изчезва, но след месеци или години отново се появява главно при резки движения или физическо натоварване. За появата ѝ известна роля играят простуда, огнищна инфекция и други възпалителни или токсични причини. Като заболяване лумбалната /поясната/ дискова херния се представя с два рязко очертани синдрома вертебрален /прешленен/ и коренчев.

Вертебралният синдром се изявява с изглаждане на физиологичната поясна лордоза /извивката на гръбначния стълб в пояса напред/, поява на сколиоза /S-образно извиване на гръбначния стълб в пояса встрани/, която може да наклони гръбначния стълб към болния крак, а най-често при дискова херния L5 - S1, или да предизвика наклоняване на гръбначния стълб към здравия крак, което се среща по-често при дискова херния на ниво L4 - L5. При вертебралния синдром се наблюдава още рефлексно напрежение /скованост/ на мускулатурата около гръбначния стълб и трудна подвижност в поясната област. Особено затруднено е изправянето в пояса и кръста, което се съпровожда със засилване на болката.

Коренчевият синдром е сетивен и се характеризира със спонтанна и предизвикана болка, усилваща се при кихане, кашляне, смях или опит за движение.

Най-често се засягат последното пето поясно коренче и първото кръстцово коренче. Освен по задно-страничната повърхност на бедрото и подбедреницата, болката често се излъчва към тилната част на стъпалото и палеца /при увреждане на L5-коренче/ и към петата и малкия пръст /при увреждане на S1-коренче/. При дискова херния на нивото L4 - L5 диск се засяга L5-коренче. Смутената зона има формата на лента или "лампаз", обхваща предно-външната повърхност на подбедреницата, вътрешната част на стъпалото, II, III и IV пръсти, а твърде често и палеца. При дискова херния между L5 и S1- прешлените се уврежда S1 коренче, като сетивността е нарушена по задно-страничната част на подбедреницата, горно-външната повърхност на ходилото и V пръст.

При лумбална дискова херния двигателните разстройства се срещат по-рядко и най-често се изразяват с понижен мускулен тонус и с хипотрофия на мускулатурата на седалището и подбедрицата. Рядко се наблюдават временни парализи или парези.

Лечението на дисковата херния е консервативно, с поставяне на болния на твърдо легло и прилагане на обезболяващи медикаменти. При неуспех се прибегва до хирургическо лечение

Шийно-раменен радикулит и плексит

Болката в шийно-раменната област е на второ място по честота след поясно-кръстцовата.

От общите причини най-чести са инфекциите /ангина, грип, други вирусни инфекции/. Други причини са интоксикации, ваксинации, имунизации с противотетаничен серум. Местни причини за шийно-раменен радикулит и плексит са остеохондрозата /дегенеративно заболяване на прешлените с образуване на костни шипчета/ и шийната дискова херния. По-редки местни причини са наличие на шийно ребро, туморни процеси, огнестрелни и други наранявания, преразтегляне на нервния сплит при новородени, луксация /изкълчване/ на раменната става, върхов белодробен рак.

В болестната картина най-характерен признак е болката, най-често едностранна. Тази болка е типична за невралгията на раменния сплит, при това тя не се съпътства със

загуба на сетивност и двигателна функция.

Болката се появява внезапно, локализирана е в областта на раменната става, плешката и долните шийни прешлени и се разпространява към пръстите на ръката /т.н. синдром рамо-ръка/. Главата обикновено е фиксирана в принудителна поза. Болката се засилва при движение на главата или на ръката, което разтяга коренчетата на нервните стволоче. Тя се появява и при натиск в точките около гръбначния стълб и надключните ямки.

При обхващане на болестния процес и на симпатиковия ствол болката е пристъпна, често се разпространява освен по ръката и по посока на лицето и горната част на гръдния кош. Кожата на ръката е влажна и оточна. Друг признак на заболяването е хипестезията - намаляване на сетивността.

Лечението на шийно-раменния радикулит и плексит е аналогично на това и на ишиаса - назначават се противоболкови и противовъзпалителни средства. В някои случаи се прилагат и кортикостероидни препарати. При неуспех се прибегва до хирургично лечение.

Невралгия на троичния нерв

Невралгията на троичния нерв /нервус тригеминус/ се характеризира с внезапни непоносими пристъпни болки в лицевата област, които са свързани с някои от клоновете на този нерв.

Съобразно причинните фактори съществуват два типа невралгия есенциална и симптоматична.

При есенциална невралгия не се открива доловима причина за възникването ѝ.

Симптоматичната невралгия се дължи на различни причини. В около 50% от случаите тя се предизвиква от стоматологични заболявания: кариес, пулпит, възпалителен зъбен гранулом, периодонтит, остеомиелит. Също така тя може да бъде последица от грип, простуда, захарен диабет, синусит, подагра, тумор, арахноидит, интоксикация, сифилис.

В болестната картина най-характерен признак е пристъпната болка. Тя обхваща едната половина на лицето и се ограничава най-често в областта на горочелюстния и долночелюстния клон на нерва, но понякога се разклонява в зоните, инервирани от съседни клонове.

Болковият пристъп възниква спонтанно или под влияние на различни дразнителни фактори - шум, светлина, говор, пиене на вода, излизане от топло на студено, докосване на лицето, емоционални влияния.

По правило болката настъпва внезапно и продължава няколко секунди или минути до часове и дни. В повечето случаи тя е стрелкаща, мъчителна и нетърпима. Чести са вегетативните разстройства по време на пристъпа: хиперемия /зачервяване/ на кожата, изпотяване, усилено сълзотечение и слюноотделяне, метален вкус в устата.

При обективно изследване се установява болезненост при натиск в областта на отворите, от които излизат клоновете на троичния нерв. Тези болезнени при натиск точки се намират в областта на веждите /в близост до корена на носа/, под очницата в кучешката ямка и под долната устна в областта на брадичката. Често се открива и повишена сетивност в съответните кожни зони.

Обикновено есенциалната невралгия на троичния нерв протича хронично и прогресиращо. В началото болковите пристъпи са по-редки и по-леки, а по-късно - зачестяват и стават нетърпими.

При лечението се назначават главно противоболкови средства и витамини /B1 и B12/ във високи дози. Най-добър, но временен ефект настъпва при приложение на тегретол /стазепин/. При липса на успех от консервативното лечение, по показание се прибегва до хирургично лечение.

Херпес зостер

В основата на това заболяване лежи възпалителен процес, обхващат един или няколко съседни спинални ганглии /нервни възли, разположени в близост до гръбначния стълб/ и задни нервни коренчета /моно или поли радикулоганглионит/ или ганглии, разположени в черепната кухина. Най-често се засягат гръдните ганглии и коренчета.

Заболяването се причинява от филтруем вирус, който прониква и се размножава в нервната система и по биологични свойства е идентичен с вируса на варицелата и затова се нарича варицелазостер - вирус.

Вирусът може да живее в организма с години наред без да е болестотворен /патогенен/ и в даден момент да се активира, предизвиквайки у възрастни херпес-зостер, а при контакт на болните с деца причинява варицела.

Заболяването започва остро, с отпадналост, главаболие и леко покачване на температурата. След 2-3 дни се появяват признаци на едностранна радикулалгия /болка с коренчев характер/ - силни, постоянни пристъпни болки, които започват от гръбначния стълб и се разпространяват напред в кожните зони на засегнатите коренчета на гръбначно-мозъчните нерви. Кожата в засегнатите участъци е зачервена, леко оточна. По нея след 2-3 дни се появяват мехурчета, пълни с бистра или гнойна течност. В някои случаи течността в мехурчетата е кръвениста. Обривът е най-често с междуребрена, а по-рядко - с шийно-раменна, поясно-кръстцова, коремно генитална или ушна локализация. Може да се наблюдава и генерализиран обрив по кожата на едната половина на тялото.

Херпес зостер протича обикновено доброкачествено и без особени лечебни мерки. Продължителността на заболяването е от три до шест седмици, а в по-тежки случаи - до два - три месеца.

Назначават се противовъзпалителни и противоболкови средства, витамини /В1, В12, С /. Мехурчетата се пудрят със сулфонамиден прах за предпазване от вторична инфекция.

Те постепенно завяхват, образуват се корички, които сами падат

Неврит на лицевия нерв

Невритът на лицевия нерв /т.н. парализа на Бел/ е най-често срещаният мононеврит /възпалително заболяване само на един нерв/.

Той бива първичен и вторичен.

Не е доказан специфичен причинител на първичния лицев неврит, но се предполага, че това са вируси /варицела зостер, полиомиелитен вирус и други/. Значение има и простудата. Вроденото стеснение на канала, през който лицевия нерв излиза от черепната кухина, е благоприятстващ фактор. Най-често парализата е последица от компресионно обезкървяване /исхемия/ на нерва в резултат на възпалителен оток на канала.

Вторичното увреждане на лицевия нерв е последица от обща инфекция /грип, коремен тиф, дифтерия/, остро или хронично възпаление на средното ухо, гумозен базален менингит, тумор в ъгъла между продълговатия и малкия мозък, счупване на пирамидата на слепоочната кост, полиомиелит, енцефалит, множествена склероза.

Невритът започва остро, често с предшестващо парене и болка в ухото на същата страна. Появява се и парализа на мимическата мускулатура на съответната лицева половина. Бръчките по челото и гънката между устните и носа са изгладени, очната цепка е по-широка, а устният ъгъл - леко увиснал. Лицевата асиметрия става особено очебийна, когато накараме болния да набръчка челото, да затвори очите или да покаже зъбите си. Симптомът на Бел е положителен: При опит да затвори окото очната ябълка се завърта нагоре и се вижда голяма част от бяло-оцветената склера. Свиренето с уста е невъзможно, а при хранене храната се задържа между зъбите и отпуснатата буза. Освен парализа на мимическата мускулатура, при поражение на лицевия нерв в областта на канала, от който той излиза, се наблюдава и разстройство на вкуса на предните две/трети на езика и повишено възприемане на звука. При засягане на ганглиона/възела/, който се намира в една от извивките /коляното/ на канала на лицевия нерв, се появява херпес в областта на външното ухо, а понякога и в предните

две/трети на езика. Високите увреждания на лицевия нерв /преди навлизането му в костния канал/ се проявяват със сухота на окото /намалена слъзна секреция/ поради засягане на слъзо-отделителните влакна на нерва, а при едновременно увреждане на слуховите влакна - с шум и повишено възприемане на звука от същата страна. Поражението на нерва след отпускането на канала причинява периферна парализа /изчезване на сухожилни и кожни рефлексии, атрофия на мускулатурата, понижен или липсващ мускулен тонус / на лицевата мускулатура, нерядко съчетана с повишено сълзотечение.

В хода на заболяването могат да се наблюдават и следните усложнения: в ранния стадий - кератит /възпаление на очната роговица/, а по-късно мускулна контрактура на страната на парезата и патологични синкинезии /съдружни движения/ - при опит за затваряне на окото устният ъгъл се придръпва съдружно. Късна проява са и т.н. \"крокодилски сълзи\" /по време на хранене окото на засегнатата страна обилно сълзи, а при плач остава сухо/. Заболяването продължава 2 - 3 седмици до 2 - 3 месеца и повече.

Провежда се консервативно лечение с антибиотици, противоболкови и съдоразтварящи средства, физиотерапевтични процедури /топлина, кварц, лек масаж/. При показание се прилага и хирургично лечение - за декомпресия на канала на нерва.

Полиневрити и полиневропатии

Те представляват заболявания, причинени от инфекциозни агенти, интоксикации, недоимъчни състояния, алергични реакции, при които периферната нервна система се засяга дифузно: нервните стволоче на гръбначно-мозъчните нерви със или без засягане на черепно-мозъчните нерви, със или без въвличане в болестния процес на гръбначно - мозъчните коренчета. Основното е наличие на полиневритен синдром - с едновременно засягане на много нерви. За полиневрит говорим, когато процесът има възпалителен характер и е причинен от бактерии или вируси, а за полиневропатия - когато причинителят е от друго естество - токсични агенти /алкохол, бъбречна и чернодробна увреда/, микротравма /вибрация/.

Много чест е и т.н. полиневрит на Гилен-Баре. Всъщност се касае за полирадикулоневрит, тъй като освен периферните нерви се засягат и гръбначно-мозъчните коренчета. Предполага се, че той се причинява от вирус, който не

е открит досега. Често болестта се предшества от простуда. Мъжете боледуват два пъти по-често от жените.

Началото е остро, с повишаване на температурата до 38-39 гра дуса С и обща отпадналост. Едновременно с това настъпва мускулна слабост, която по-късно прераства във вяла парализа, с почти липсващ мускулен тонус, невъзможност да се извършват волеви движения и атрофия на двигателните мускулатура.

Парализите обхващат симетрични мускулни групи и са най-силно изразени в най-периферните части на крайниците. Нервите са болезнени при натиск. В началото се наблюдава повишена сетивност, но постепенно тя намлява и напълно изчезва /анестезия = липса на сетивност/. Понякога се засягат симетрично черепно-мозъчните нерви. Най-често се увреждат лицевият нерв /инервира мимическата лицева мускулатура/ и очедвигателните нерви /свързани с движенията на очната ябълка във всички посоки/.

Заболяването се разгръща напълно за 2-3 седмици, рядко за 1-2 месеца, след което започва обратно развитие на симптомите. В отделни случаи се развива възходяща парализа, като процесът се пренася от гръбначно-мозъчните нерви нагоре към главния мозък и черепно-мозъчните нерви.

Обикновено засягането започва от долните крайници с изтръпване, болки, парализа и повишена температура. В продължение на няколко дни във възходящо направление се обхващат периферните нерви на ръцете, а по-късно и черепно-мозъчните нерви. Появяват се тежки разстройства в дихателната и сърдечно-съдовата дейност. При такова развитие болестта завършва със смърт, ако болните не се поставят на изкуствено дишане в реанимационно отделение.

Лечението по принцип се провежда в болнично заведение с интензивен-реанимационен сектор.

Други инфекциозни полиневрити са тези, които настъпват при почти всички остри и хронични инфекциозни заболявания.

Полиневритът при дифтерия води до увреда на блуждаещия и езиковълтачен нерв с парализа на мекото небце.

Полиневрити се наблюдават при грип, паротит, херпес зостер, дизентерия, петнист и коремен тиф, туберкулоза, ревматизъм, сифилис, проказа. В такива случаи се лекува основното заболяване.

От полиневропатиите най-типични са тези, които възникват при остри и хронични интоксикации. Те се наричат токсични полиневропатии: от алкохол, олово, арсеник, живак, някои медикаменти.

Най-характерно за тях е незабележимото начало и постепенното им развитие.

При едни полиневропатии /арсенова, сероводородна/ преобладават двигателните разстройства. По-късно полиневропатиите придобиват смесен характер.

От медикаментозните полиневропатии най-чести са тези от сулфонамиди /засягат нервите на подбедреницата/, талидомид, стрептомицин /засяга вестибуларния и слуховия нерв със световъртеж, залитане и намален слух/.

От полиневропатиите вследствие нарушен метаболизъм най-типична е тази при захарния диабет. В началото тя протича с болки и изтръпване на крайниците. По-късно се прибавят периферни парези /намален мускулен тонус, хипотрофия на мускулите/ и парализи /невъзможност да се извършват волеви движения с атрофия на мускулатурата/.

Лечението на полиневропатиите е консервативно и трябва да е съобразено с основното заболяване.

Травми на периферните нерви

По механизма на увреда се различават сътресение, контузия, частично или пълно анатомично прекъсване на периферни нерви.

Сътресение на периферен нерв се наблюдава при разтягане, натиск или удар. В тези случаи морфологични промени няма, а увредената функция на нерва бързо се възстановява за няколко часа или дни след травмата.

При контузия нервът е подут, задебелен, с мека консистенция. Увреждането може да бъде частично или пълно до прекъсване целостта на нерва. Изследването при пълно прекъсване установява вяла атрофична парализа /липса на рефлeksi, понижен или липсващ мускулен тонус, атрофия на мускулите, наличие на потрепване на отделните мускулни снопчета или влакна/ на интервираниите от засегнатия нерв мускули, с пълна дегенерация на нерва към 15-тия ден след травмата.

При пълно прекъсване се установява също липса на сетивност в кожната зона, инервирана от нерва, с вегетативни и трофични, както и вазомоторни разстройства /оток, язва, зачервяване на съответния участък поради разширяване на кръвоносните съдове/.

Възстановяване на функциите настъпва при регенерация на нерва. Регенерацията се нарушава от рѳбци, които понякога създават условия за образуване на невром. При частично прекъсване на нерви веднага след травмата настъпват прояви както при пълно прекъсване.

Едва след проследяване хода на заболяването може да се прецени видът на увредата и прогнозата ѝ. При частично прекъсване на нерви, особено такива, които са богати на вегетативни влакна, се установява силна болка, изпотяване, трофични разстройства, рефлекторни двигателни нарушения /парези, контракутри/ и каузалгия. Две седмици след прекъсване на нерва апаратното изследване на електровъзбудимостта показва пълна реакция на дегенерация.

При травмичната увреда на периферни нерви се наблюдават два важни вегетативни синдрома - каузалгия и синдром на рефлексни разстройства.

Каузалгията се характеризира с пристъпна силна пареща болка /като че ли крайникът е \"попарен\" с вряла вода/, която се появява веднага или до един месец след травмата на нерва. Кожата е зачервена и запотена. Пристъпната болка може да се провокира от лек допир до кожата, дори от силна светлина, от шум, от неприятни емоции.

При синдрома на рефлексни двигателни разстройства, който се появява няколко седмици след травмата, се наблюдават възбудни прояви, обхващащи целия крайник, дори цяла телесна половина. Установява се разпространяваща се болка, повишена кожна сетивност, двигателни нарушения /мускулни парези с повишен мускулен тонус до контрактура, мускулна атрофия, лек тремор/, вегетативно - трофични прояви с атрофия на кожата и подкожната тъкан, влажност и цианоза /посиняване/.

Лечението на травмичното заболяване е оперативно и се извършва в специализирано невро-хирургично отделение.

Заболявания на централната нервна система

Разстройство на мозъчното кръвообращение при атеросклероза

Атеросклерозата на големите артериални съдове на главния мозък обикновено предизвиква остри и преходни разстройства на кръвообращението с внезапно изключване на големи сектори от него /исхемия и тромбоза/ или с развитие на големи кръвоизливи.

Атеросклерозата на малките артериални съдове /на мозъчната кора, на стриарната система и на подкоровото бяло вещество води до тежки последици поради точковидни размеквания или кръвоизливи. Съществуват няколко форми на болестно протичане.

В случаите с дифузна, предимно коронарна атеросклероза преобладават психичните прояви. Оплакванията в началото се изразяват в главоболие, безсъние, световъртеж, лесна уморемост. След това се появява отслабване на паметта. Болните забравят близки събития, а добре си спомнят минали събития и подробности от миналия живот. Те са емоционално неустойчиви, но с преобладаване на депресивни реакции. В началото болните имат критично отношение към промяната, която настъпва с тях. В по-напреднал стадий се наблюдава и деменция. При добре изразени нарушения във фиксационната памет, репродуктивната памет е сравнително запазена. При напредване на болестта болните стават объркани, не могат да намерят дома си.

Други нарушения при дифузна коронарна атеросклероза са двигателните. Походката става спастична /с повишен мускулен тонус/ с дребни крачки. Появяват се кризи на спазматичен неудържим смях и плач, разстройство на говора и гълтането, орални автоматизми /т.н. хоботков рефлекс при почукване на устните горната и долната устна се издават напред под формата на фунийка/, съкратителен рефлекс /съкращаване на мускулатурата на брадичката от съответната страна при одраскване на дланта в основата на палеца/, хватателен рефлекс /при допиране на предмет до дланта на болния той несъзнателно се опитва да го хване/.

При атеросклерозата на съдовете на стриарната система /ивичестото тяло/ се развива паркинсонов синдром, при който, за разлика от паркинсонизма при летаргичния енцефалит, винаги има и прибавка на пирамидни явления /от страна на пътя, по който мускулите от кората на главния мозък достигат до двигателните неврони и мускулите. Освен това се установяват и психични промени поради засягане на мозъчната кора.

При паралитичната прогресираща форма на атеросклерозата на главния мозък се развиват и склеротични промени в гръбначния мозък. Постепенно се появява и засилва нарушението на двигателната активност на долните крайници, което прогресивно води до пълна невъзможност за движение. При някои болни се наблюдава и епилепсия /гърчове с припадъци/, която се появява в по-напреднала възраст.

При наличие на болестна картина диагнозата се основава на напредналата възраст, предшествуваща хипертонична болест, данните за пристъпи на краткотрайно преходно разстройство на мозъчното кръвообращение и за атеросклероза на други органи /ретина, миокард, бъбреци, артерии на крайниците/.

На болните се препоръчва природосъобразен живот при хранителен режим, беден на готварска сол, азотни вещества и липиди /зеленчуково - плодово - млечен режим/. Болните трябва да се въздържат от тютюнопушене и приемане на алкохол. Своята професионална дейност те могат да продължат, но при намалена интензивност.

Разстройство на мозъчните функции при хипертонична болест

Артериалната хипертония при около 15% от случаите се дължи на бъбречни заболявания, феохромоцитом /тумор на надбъбречната жлеза/, първичен хипералдостеронизъм /увеличена продукция на хормона алдостерон, който задържа натрия, а той от своя страна, чрез задръжката на вода, води до покачване на артериалното налягане/, стеснение на аортата. При останалите случаи не се установява ясна причина за повишеното артериално налягане и тогава говорим за хипертонична болест. Неврологичните дисфункции са постоянен белег на болестната картина на хипертоничната болест.

Хипертоничната болест дава прояви от страна на сърцето, бъбреците и други органи, но голямо значение имат симптомите от страна на нервната система, които се установяват през двата стадия в развитието на болестта - функционален стадий и стадий на развитие на мозъчна атеросклероза.

През функционалния стадий няма промяна в структурата на мозъчните артериални съдове. В този стадий се наблюдава както преходно, така и трайно повишаване на артериалното налягане. Развива се неврастенен синдром, изразен с повишена раздразнителност и уморяемост, главоболие, вегетативни прояви с лесно зачервяване при вълнение с промени в потната секреция, разстройство на съня. Артериалното налягане отначало показва неустойчивост, а в последствие трайно повишени стойности. При изследване на очните дъна се открива спазъм на кръвоносните съдове на ретината.

През втория стадий се наблюдава развитие на мозъчна атеросклероза като последица на продължително повишен тонус, т.е. - намаляване на просвета на кръвоносните съдове. Променя се съдовата пропускливост, съдовата стена се пропива с кръвна плазма, некротизира и на някои места се оформят малки аневризми /торбовидни разширения на кръвоносния съд/.

Процесът завършва със склероза на артериалните кръвоносни съдове, чийто просвет се стеснява, дори напълно изчезва на някои места. През този стадий се установява разстройство в паметта и интелекта. Очните дъна показват данни за склероза на ретинените съдове, а понякога - кръвоизливи и застойни папили /оток на диска на зрителния нерв/ в ретината. Появяват се съдово-рефлекторни разстройства на мозъчното кръвообращение по типа на т.н. хипертонична енцефалопатия, която представлява остро и преходно разстройство на мозъчните функции при внезапно силно покачване на артериалното налягане с развитие на преходен псевдотуморен синдром, несвързан с вътречерепен кръвоизлив.

Лечението има за цел овладяване и излекуване на основното заболяване - хипертонична болест. Това се постига чрез съчетаване на оптимален хигиенно - диетичен режим с лекарствени средства. В случаите, когато е налице разко повишаване на артериалното налягане, както и при хипертонична енцефалопатия, лечението цели бързо понижаване на артериалното налягане и отстраняване на болестната симптоматика. Лекарствата, понижавщи артериалното налягане, се комбинират с обезводняващи и противооточни средства.

Токсикомании /НАРКОМАНИИ/

Токсикоманиите /наркоманиите/ представляват сборна група заболявания, която включва болестна зависимост от алкохол, наркотици и други вещества, влияещи върху психиката на човека.

Тези заболявания имат някои общи признаци.

Първият признак е непреодолимо влечение към дадено вещество или т.н. психическа зависимост /потребност/. Потребността е един от главните, основни симптоми на заболяването. Тя може да бъде периодична или постоянна. Мотивите, които я поражда, са различни. Най-често това е стремежът на наркомана да се освободи от състоянието на вътрешно напрежение и подтиснатост, да отстрани лошото си самочувствие или да получи еуфория, да подобри социалните си контакти, настроение и работоспособност.

Вторият признак е промяната на толеранса /поносимостта/ към дадено вещество. При всички токсикомании поносимостта на организма към веществото постоянно нараства с времето. Изключение прави донякъде болестната зависимост от алкохола /алкохолната болест/, при която поносимостта най-напред се повишава, а след това намалява и болният се опива от по-малки количества алкохол. Повишеният толеранс е един от ранните признаци на заболяването. От друга страна толерансът към един наркотик може да премине в толеранс към други близки в химично или фармакологично отношение субстанции.

Третият основен признак са явленията на абстинезия - при прекратяване на приема на веществото се наблюдава психичен и физически дискомфорт, изразяващ се в чувство на тревога и страх, раздразнителност, промяна в нас троението, ускорена сърдечна дейност, изпотяване и болки в цялото тяло.

Други общи признаци при токсикоманиите са загубата на контрол върху приеманото количество вещество, както и трайните телесни и психически разстройства.

Съществуват и някои специфични признаци, чието ранно откриване е особено важно за навременното започване на лечението на токсикоманиите. Такива са главоболието, стомашно-чревните оплаквания, по-чести отсъствия от работа или училище, промени в настроението. Загубата на контрол често се изразява в загуба на паметта, агресивно поведение и конфликти с близките. Изгаряния с цигари, дължащи се на сънливост и опиянение, също са ранни симптоми на злоупотреба с наркотици.

Протичането на токсикоманиите зависи от множество фактори. Главно значение имат личностните особености на индивида, вида на веществото, което той употребява, както и социалната среда. Разнообразието в протичането на заболяването се определя от дозата, продължителността на приемане на веществото /или на повече от едно вещество/, честотата и начина на упот ребата /през устата, мускулно, венозно, ин халаторно/.

Други фактори, които влияят на токсикоманията, са: възрастта на започване на злоупотребата, полът /жените по-бързо развиват зависимост/, приятелският и семейният кръг. От значение е също възможността за достъп до набавяните

субстанции. От опиятите най-бързо води до зависимост хероинът - около два пъти по-бързо от опиума.

Усложненията, които предизвиква злоупотребата с упойващи вещества, могат да се разделят на три основни вида: биологични, психологични и социални.

Всред биологичните усложнения едно от най-често срещаните е предозирането. Комбинацията от няколко медикаменти и паралелната употреба на алкохол водят до подтискане и парализа на дишането и смърт, даже отделните субстанции да не са много високи дози ровки. Особено тежко и опасно е предозирането при инхалиране на ацетонови лепила.

Психологичните последици се изразяват в постепенна деградация на личността, в изчезването на нормалните моралноетични задръжки и на самоконтрола.

Социалните функции на индивида /особено на младите хора/ се нарушават. По правило наркоманите трудно се интегрират в системна трудова дейност. Алкохолно-болните дълго време са със запазена трудоспособност. Инвалидизиране настъпва при развиване на тежки усложнения на болестта /алкохолна цироза на черния дроб, полиневропатии/. Алкохолно-болните и наркоманите носят наказателна отговорност за извършени от тях престъпления, т.е. те се признават за вменяеми. Изключение се прави само при доказана психоза.

Наркоманиите /токсикоманиите/ се класифицират в зависимост от фармакологичните качества на наркотоксичните вещества.

Класификацията има следния вид:

1. Зависимост от вещества от типа на опиума и опиевите производни;

2. Зависимост от вещества от барбитуров тип, транквилизатори /успокоителни/ и ненаркотични аналгетици /обезболяващи/

3. Зависимост от вещества от типа \"канабис\";

4. Зависимост от вещества от алкохолен тип;

5. Зависимост от психостимуланти;

6. Зависимост от вещества от халюцино генен тип;

7. Зависимост от вещества от никотинов тип.

Зависимост от вещества от типа на опиума и опиеви производни

Злоупотреба с опиеви производни води най-бързо до физическа зависимост и до оформяне на типичен токсикоманиен синдром, изразяващ се в засилено влечение, повишен толеранс, поява на тежка абстиненция при прекъсване, телесни усложнения и токсикоманийна промяна на личността.

Опиевите производни биват: препарати от природен произход /морфин, омнопон, кодеин/, полусинтетични производни на морфина и кодеина /дехидроморфинон, етилморфинон, хероин/, синтетични аналгетици /обезболяващи/ с морфиноподобно действие /лидол, фентанил, дипидолор, валоран/. Значение имат и някои комбинирани лекарствени средства, съдържащи опиум и негови производни, като седалгин, седалгин-нео, кодтерпин, белдипин, давилова тинктура.

С приемането на първите количества от веществото се наблюдават телесни и психични

примени, които се изразяват в чувство на топлина и приятно усещане в областта на корема, което преминава по цялото тяло. В тази фаза на интоксикацията съзнанието е освободено от всякакви неприятни мисли, засилват се положителните чувства към обичаните и уважаваните лица.

Болестната картина се изразява в стеснение на зениците, намаляване на сърдечната честота, понижаване на артериалното налягане, суха кожа. Приятните преживявания, които предизвикват опиумът и неговите производни, са причина за създаване на психическа зависимост от веществото в началото на заболяването.

Обикновено болестната зависимост се създава след 10-12 венозни приложения на морфина и след 15-20 - за другите опиати. Редовното приемане на веществото налага да се повишава дозата, за да се постигне нужният ефект.

Непрекъснатото повишаване на дозировката е резултат на бързо развиващия се толеранс. Системното приемане на наркотика успокоява появата на физическа зависимост. При морфина за това са необходими не повече от три седмици. Физическата зависимост от опиума и неговите производни се създава рано и се определя от вида на приеманото вещество, от дозата, от начина на прилагане и от особеностите на самия организъм на наркомана.

Най-бързо се развива физическата зависимост при венозно приложение. Обикновено абстинентните явления започват 10-12 часа след приемане на последната доза наркотик, като посилно са изразени към 24-48-ия час, а за морфина и хероина - към 48-72-ия час. Наблюдават се телесно-вегетативни и психични разстройства: тревога, изпотяване, гадене, сълзене, изтичане на секрет от носа, разширени зеници. В продължение на няколко часа се редуват оплаквания от студ и топлина. В края на първото денонощие общото неспокойствие нараства, появяват се ставни и мускулни болки, които постепенно се засилват. Сърдечната дейност е ускорена /тахикардия/, а артериалното налягане - повишено. Психичните разстройства могат да се изразят в агресивни намерения. Главно място в болестната картина на абстиненцията заемат чувството на страх и тревога, упоритото и мъчително безсъние. Средната продължителност на абстиненцията е 10-15 дни. Такова е най-общо протичането на заболяването при създадена зависимост към морфин, опиум и неговите производни.

Хероинът се приема най-често във възрастта 10-20 години, обикновено през устата или

инжекционно, а по-рядко - чрез смъркане или пушене. Острата интоксикация се характеризира с три основни признака: помрачено съзнание, стеснени зеници и подтиснато дишане. Приемането на хероин от наркомана е свързано с поява на еуфория /чувство на безпричинна радост, веселост/, а при ненаркомана - с успокояващ ефект. Физическата зависимост се създава след няколко приема.

Обикновено се започва със смъркане и под кожни инжекции и по-късно се стига до венозно приложение. Абстинентните явления при хероиновата зависимост започват най-често през първия ден след приемането на последната доза, като преобладават емоционалните разстройства.

След приемането на кодеин проявите на заболяването са по-слабо изразени в сравнение с тези, които се наблюдават при другите опиевни препарати. Кодеиновата абстиненция се отличава от морфиновата по това, че се развива по-бавно и достига своя връх на 5-ия - 6 -ия ден. Депресията, нарушенията в храносмилането и мускулните болки са по-слабо изразени, отколкото при зависимост от други опиевни производни.

Наркоманите, при които е развита зависимост към някои комбинирани препарати, се проявяват с признаци на съответното успокояващо вещество, съдържащо се в медикаментозната комбинация. Например, при злоупотреба с кодтерпин се наблюдават някои от признаците на болестната зависимост от кодеин. Комбинираните препарати се употребяват от наркомани най-често, за да се избегнат явленията на абстиненция, породена от липсата на основното упойващо вещество.

Зависимост от вещества от типа на барбитуратите, транквилизаторите и ненаркотичните аналгетици

Веществата от тази група са разнородни - сънотворни, транквилизатори /успокоителни/ и ненаркотични обезболяващи. Те съществуват под формата на много лекарствени препарати, чието предназначение е да приемат напрежението, тревогата и болката.

Най-известните препарати от групата на сънотворните са: веронал, луминал, хексадорм-калций, от групата на транквилизаторите - елениум, диазепам, нитразепам, а от групата на ненаркотичните аналгетици - фенацетин и аналгин.

В сравнение с опиятите, зависимостта към сънотворните средства се създава по-бавно. Тя има общи прояви с болестната зависимост към алкохола /алкохолната болест/ И двете групи имат стимулиращ и по-силно изразен сънотворен ефект.

Характерна е интоксикацията с барбитурати и транквилизатори, която се придружава от телесни и неврологични разстройства: нистагизъм, нарушения на говора и координацията, ниско артериално налягане, понижение на телесната температура, забавяне на пулса.

Обикновено при еднократно приемане описаната картина завършва със сън, след който пациентите се оплакват от главоболие, гадене, чувство за разбитост и жажда. При предозиране сънят е дълбок, може да премине в кома и да завърши със смърт.

Толерансът към този тип зависимост не се увеличава повече от десет пъти от началната доза. Доза по-висока от 2,5 грама предизвиква смърт. При наркомани, които вече имат създадена зависимост към опиума и неговите производни, толерансът може да нарастне 100-200 пъти, а при алкохолно-болни - 8-15 пъти.

Психическата зависимост към този тип вещества се създава във връзка с приятните преживявания по време на приема, а физическата зависимост се развива бързо - 4-5 месеца след началото на редовната употреба.

Абстинентният синдром се появява 2-4 дни след приема на последната доза барбитурати. Той се изразява с главоболие, треперене на крайниците, устните и клепачите, сърцебиене, колапс, нерядко и с епилептикоподобни припадъци.

Тези явления са най-силно изразени на втория и третия ден след прекратяване на приема. Може да се появи и делир, подобен на алкохолния делир. Настроението при алкохолния делир е страхово-еуфорично, а при барбитуратния делир е предимно страхово, с помрача ване на съзнанието, което след отзвучаване на психозата често се последва от загуба на паметта.

Промяната на личността при злоупотребяващи с барбитурати лица е близка до тази на морфина-общ упадък на психиката, понижено настроение и апатия, загуба на интерес и на нравствени задръжки.

От небарбитурантите производни най-широко се използва метаквалон. Най-често с метаквалон злоупотребяват млади хора, за да премахнат тревогата и напрежението и да получат еуфория. Това се постига обикновено с дози 10 пъти по-високи от лечебните. Към този препарат се създава психическа и физическа зависимост. Абстинентните явления започват един ден след последния прием, продължават 2-3 дни и се изразяват главно в безсъние, тревога, нарушено настроение и халюцинации.

Все по-голямо значение в наркологията придобива злоупотребата с транквилизатори, невролептици и антидепресанти, и особено болестната зависимост от производните на бензодиазепина /дiazepam, елениум и други/.

Болестната картина по време на интоксикацията, както и абстинентните явления, са много близки до картината на барбитуровата зависимост.

От ненаркотичните аналгетици най-голямо значение като вещества, създаващи болестна зависимост, имат препаратите аналгин и фенацетин. Те се приемат с цел премахване на физическа болка и чувството на неразположение. Системното им използване се основава на това, че действат възбуждащо, повишават се работоспособността и намаляват физическата умора.

Фенацетинът в доза по-висока от 1 грам дневно може да доведе до зависимост при по-продължителен прием. По своята болестна характеристика тази зависимост се доближава до барбитуровия тип лекарствена зависимост.

По време на интоксикация се наблюдава тревога, раздразнителност, апатия, нарушен говор, несигурна походка. Главоболието принуждава болните да приемат нови количества фенацетин, който отново предизвиква главоболие. Съпътстващи оплаквания са загуба на апетит, гадене, болки в мускулите на гърба и крайниците.

Абстинентните явления настъпват два дни след последния прием, като продължават повече от 10 дни. Те се извяват с мускулен спазъм, диария или запек, тревога и депресия, делир. При продължителна злоупотреба цветът на кожата се променя и става бледо-жълтеникъв, болните отслабват, постепенно се развива т. н. фенацетинова нефросклероза с прогресираща бъбречна недостатъчност.

Зависимост тип \"канабис\"

Марихуаната и хашишът са производни на индийския коноп от вида \"канабис\". Марихуаната се получава от връхчетата и листата на това растение, а хашишът от смолата. Хашишът е значително по-силно действащ. Злоупотребата с марихуана е разпространена преди всичко в Северна Америка, докато в Европа повече се използва хашишът.

Канабисът /конопът/ и неговите производни - марихуаната и хашишът се употребяват под формата на тютюн, хапчета, запарки или чрез смъркане. При приемане на по-ниски дози настъпва психично и телесно отпускане, стимулиране на интелекта.

Действителността се възприема по-добре, паметта е улеснена, настроението също се подобрява. При приема на по-високи дози обаче 15-30 минути след началото на приема се появява световъртеж, сухота в устата, жажда и характерно чувство на глад. По тялото на интоксикацияния пациент преминават приятни топли вълни, той усеща прилив на сили и лекота. По това време могат да се появят зрителни и предимно слухови халюцинации, страх и тревога. След това възбудата преминава в отпускане, неподвижност и сън. Продължителността на въздействието върху психиката е от 2 до 12 часа.

Ефектът от употребата на хашиш и марихуана се определя в много голяма степен от приетата доза, от личността на консуматора и преди всичко от неговото предварително очакване. Това означава, че самовнушението може да влияе върху резултата от интоксикацията.

Придължителната употреба на канабис и неговите производни създава психическа и физическа зависимост. Това настъпва след 6-12 месеца от началото на злоупотребата.

Абстинентните явления след прекъсване на према се изразяват в разширение на зениците, треперене на крайни ците и мускулите, хипертония, учестени пулс и дишане, световъртеж, повишено отделяне на секрети от устата и очите, безсъние, понижено самочувствие и обща отпадналост.

Придължителната употреба на канабис води до трайни промени в личността. Пациентите стават равнодушни, загубват интерес към социалните си връзки, изостават своите първоначални интереси, намерения и цели в живота.

Засега липсва единна оценка за неблагоприятните здравни и социални последици от употребата на канабис.

Зависимостта обаче представлява важен медицински и социален проблем, тъй като на определен етап от развитието на злоупотребата наркоманите преминават към търсене и използване на по-силни наркотици - морфин, хероин и други. Това е една от основните причини, поради което не се разрешава производството и продажбата на препарати на канабиса дори за медицински цели.

Зависимост от психостимуланти

Психостимулантите са група вещества с различен химичен състав, но със сходни свойства, които се изразяват в повишаване на работоспособността, намаляване на апетита и нарушение на съня.

Тези от тях, които създават болестна зависимост се разделят на три групи - с амфетаминов тип зависимост, с кокаинов тип зависимост и кхат-тип зависимост.

Амфетаминовият тип зависимост се създава от медикаменти от групите на амфетамината и на хетероцикличните амини. Практическо значение имат препаратите апоневрон и сидмокарб. Приети в малки или средни дози амфетамините премахват физическата умора, повишават работоспособността, намаляват чувството на глад и предизвикват еуфория. При редовна употреба обаче бързо се развива значителен толеранс и за

получаване на желания ефект понякога е необходима 100 пъти по-висока доза.

Острото отравяне се изразява с повишаване на артериалното налягане, ускорен пулс, а хроничното - с безапетитие, запек, сухота в устата, сърбеж, ускорен пулс, безсъние, разширени зеници, усилване на рефлексите, епилептично-подобни припадъци.

Характерно за привикване към амфетамините е бързото развитие на деградация на личността и промени в мисленето.

Психозата, която е последица от токсичното действие на амфетамините, е твърде сходна на болестната картина на шизофренията - налице са налудности за преследване, за чуждо влияние върху личността, слухови халюцинации.

Досега не е доказана със сигурност физическа зависимост към амфетамините. Най-често абстинентните явления се изразяват в безсъние, подтиснатост, в самообвинение и намерения за самоубийство, както и чувство за непреодолима умора.

Кокаинът също е стимулатор на нервната система и има еуфорично въздействие, освен това - и местно обезболяващо действие.

Той се съдържа в листата на коката /растение, разпространено в планинските области на Средна и Южна Америка/. Приема се подкожно, венозно или чрез смъркане. При еднократен прием се наблюдават еуфория, повишена двигателна активност и стремеж към действие. Това състояние продължава около два часа, след което настъпва отпадналост и раздразнителност. По време на интоксикацията може да се наблюдава делир, придружен от силен смях и гърчове. При употреба на по-високи дози /0,1 - 0,2 грама/ е характерно повишаване на самоувереността и чувството за самоконтрол.

Дозата, която води до смърт, зависи от индивидуалната поносимост на организма. Най-често тя е около 1,4 грама кокаин през устата и 0,7 - 0,8 грама при венозно приложение. Кокаинът води до силна зависимост, но не се наблюдава физическа зависимост и абстиненции. Той се разгражда много бързо в организма, затова някои

кокаиномани могат да приемат много високи дози за един ден, след което изпадат в крайно изтощение.

Характерни усложнения при смъркане на кокаин са перфорация на носната преграда, чести белодробни заболявания и сепсис.

Кхат-тип зависимост се развива при дъвчене на листа на растението Ката едулис, което се среща в Африка и Азия. Дори при продължителна редовна употреба на кхат-веществото не се наблюдава физическа зависимост и толеранс към него.

Съставът на кхат-веществото химично и фармакологично е близък до амфетамините, но ефектът му е много по-слаб. Приемането на веществото създава чувство на благоразположение, премахва умората и подтиска глада. При създадена психическа зависимост към кхат прекъсването му е свързано с продължителен дискомфорт. Същевременно кхат е много по-токсичен от описаните стимуланти и са възможни редица телесни усложнения.

Халюциногенен тип зависимост. Злоупотреба с изпаряеми разтворители

Това са вещества, които спадат към различни химични групи, притежаващи свойството, приети в оптимални дози, да променят психическото състояние по специфичен начин. Те предизвикват промени във възприемането на околния свят, халюцинации, промени в настроението, без да предизвикват сериозни нарушения във физиологичните функции на организма. Тези вещества се наричат халюциногенни, психозомиметици, психодислептици, фантастика, ейдетика.

От веществата с такова действие, класифицирани в седем групи, най-типично и най-силно изразено психозомиметично действие имат ЛСД, псилоцибин, мескалин, дитран, хашаш и хероин.

ЛСД е синтетична субстанция и се произвежда от лизергинова киселина, която се намира в естествен вид в паразитното мораво рогче /клавицепс пурпуреа/.

Мескалинът се съдържа в кактуса мескана.

Псилоцибинът се екстрахира от някои гъби /псилоцибе мексикана/.

При приемане на ЛСД в доза 1 милиграм/кг телесно тегло се наблюдават остри нарушения на психичната дейност. Тяхното начало е към 30-80 - тата минута след поглъщане на веществото, достигат връх към 2-3-тия час, като ефектът се задържа 12 и повече часа.

В началото на интоксикацията преобладават усещания, характерни не само за ЛСД: чувство на слабост, главоболие, прилив на вълни на топлина и студ. Установява се разширение на зениците, ускорен пулс, сълзотечение.

Психическите разстройства се изразяват в нарушения на възприемането и особено характерното за ЛСД извратено възприемане на пропорциите на собственото тяло. Наред с това се наблюдават зрителни халюцинации - искри, кръгове, фигури, богати цветни картини, които се движат и сменят калейдоскопично. Някои от интоксикираните болни напълно губят ориентация за място и време.

Обикновено настроението е повишено, еуфорията доминира, въпреки че е възможна бърза смяна в депресия, страх и гняв. В много случаи поради споменатите психични нарушения по време на интоксикация могат да се извършат престъпления.

При продължителна употреба на ЛСД се развива психическа зависимост към веществото, но не се създава физическа зависимост и липсват абстинентни явления след прекратяване на приема.

Социалното значение на злоупотребата с ЛСД се определя преди всичко от потенциалната възможност да се извършат общественоопасни действия поради помрачаване на съзнанието.

Мескалинът, приет в малки дози, премахва чувството на глад, жажда и умора. При продължителна употреба настъпват измършавяване и изразени психични разстройства. Проявите на интоксикация се появяват 50-60 минути след инжектиране на веществото. То се изразява в краткотрайно лошо самочувствие, забавен пулс, повръщане, разширени зеници. Психическите разстройства са подобни на тези при злоупотреба с ЛСД - зрителни халюцинации, дезориентация, нарушено съзнание.

Най-характерни за интоксикацията с мескалин са фантастичните преживявания с неправилно възприемане на действителността и собствената личност. Появяват се калейдоскопично сменящи се картини, а в началото на интоксикацията т.н. \"дъжд от скъпоценни камъни\". Острите явления отзвучават за 3-4 часа.

Псилоцибинът предизвиква психични разстройства, които траят няколко часа, проявяват се със зрителни халюцинации, еуфория и нарушения във възприемането на пространството, времето и собствената личност /деперсонализация/. При злоупотреба с психозомиметици рядко се наблюдават трайни телесни и психисни промени, които са характерни при създадена зависимост към барбитурати или морфин.

Причините за това са вероятно в изразеното желание на болните да прекъснат приемането на веществото или да ограничават неговата употреба.

От голямо значение е и високата смъртност и обществено - опасното поведение по време на остра интоксикация, което често налага принудителна изолация и лечение.

През последно време се разширява злоупотребата с изпаряеми разтворители. Най-често се използват ацетонови бои, толуолови лепила, хлороформ, етер. Опасна практика сред ученици и малолетни е дишането на ацетонови лепила.

Ефектът при интоксикация не е продължителен, но изпаряемите разтворители са много токсични и причиняват много смъртни случаи. От усложненията най-характерни са чернодробните и бъбречни увреди, аритмиите, а при дълготрайна употреба упадък на интелектуално - паметовите функции.

Острата интоксикация се проявява с възбуда, еуфория, затруднен говор, нарушение в координацията на движенията. Явленията продължават кратко време - от 15 минути до няколко часа и могат да завършат с конвулсии, кома и смърт от задушаване.

При продължителна злоупотреба с такива вещества може да се развие толеранс и психическа зависимост. Физическа зависимост по правило не се създава.

Социалната значимост на интоксикацията с лепила и други летливи разтворители се определя от често наблюдаваните противообществени деяния по време на злоупотреба и вероятността за органо-тъканни увреди, които могат да бъдат необратими.

Алкохолизъм

Към групата на алкохолизма се включва всякаква злоупотреба със спиртни напитки, както и алкохолната болест /хроничен алкохолизъм, алкохолна токсикомания/.

В тази група влизат:

острото алкохолно опиване /епизодично и по навик/; системна злоупотреба, без създадена зависимост към алкохола и алкохолната болест.

При алкохолната болест съществува непреодолимо влечение /психическа зависимост/ към алкохола и за нея може да се говори само при наличие на абстинентни явления.

За възникване на алкохолизма значение имат еуфоризиращите и успокояващи качества на алкохола. Те създават решаваща предпоставка за утвърждаване на желанието и за влечението към алкохола. Около 90% от хората над 18 годишна възраст употребяват алкохол и около 5% от тях развиват зависимост към него.

Съществена роля играят индивидуалните качества на личността, нейните психологични особености, способността ѝ за адаптиране към обществената среда, физиологичните особености, както и генетичната предразположеност към употреба на алкохол. Влияние оказват природната и социалната среда, обичаите и традициите, икономическото състояние на лицето, полът и възрастта.

Не всяка злоупотреба с алкохол се приема за хроничен алкохолизъм. Основни показатели за алкохолна наркомания са изменение на толеранса и развитие на абстинентен синдром при прекъсване на приема на алкохол.

Други основни признаци са:

непреодолимо влечение към алкохола /психическа зависимост/, загубата на контрол върху приеманото количество алкохол, загуба на паметови функции при опиянение, загуба на повръщателния рефлекс при употреба на големи количества спиртни напитки, трайни психически и телесни разстройства, както и нарушения в социалните функции. Хроничният алкохолизъм създава психическа и физическа зависимост към алкохола.

Преходът от алкохолна злоупотреба към алкохолната болест се изразява в поява на абстинентни явления, изразяващи се най-често в т.н. \"сутрешно пиене за оправяне\".

Абстинентният синдром се характеризира с раздразнителност, тревожност, напрегнатост, тъга, учестен пулс, повишено артериално налягане, треперене на ръцете, устните и клепачите, изпотявания. Болният изпитва страх и в това състояние може да посегне на живота си, като изход от болестната зависимост.

Приемането на 100-150 мл алкохол концентриран алкохол или 1-2 бири премахва временно абстинентните явления. Най-често болестната зависимост към алкохола се създава след злоупотреба със спиртни напитки в продължение на около 8-9 години, а при жени и млади хора в по-кратко време /4-5 години/.

Хроничните алкохолици са емоционално лабилни. Настроението им от шеговито и глупаво весело лесно преминава в нервено-избухливо и тиранично. Когато етичните задръжки отпаднат, алкохолиците се държат цинично към близките си, съпругата, а често и към случайни и непознати лица.

В по-напреднал стадий на болестта се наблюдават разстройства на паметта и интелекта. Забравят се текущи събития, трудно се възприема по-сложна мисъл, разсъдакът се замъглява. Налице е дезориентация за време и място, като обикновено се запазва ориентация за собствената личност.

При алкохолната болест се установяват и телесни промени: подпухнало лице, зачервени очи и нос, чести съпътстващи заболявания /трахеобронхит, пневмония/ гастрит, колит, постепенно развитие на чернодробна цироза и нефросклероза. Нарушенията на нервната система се изразяват в треперене на ръцете и клепачите и на отделни мускули на лицето, нарушен говор, разкривен почерк, болка по хода на периферни нерви /полиневрити/.

На основата на алкохолната болест понякога възникват остри и хронични психични разстройства - делириум тремс, остра и хронична алкохолна халюциноза, Корсакова психоза.

Делириум тремс е най-честата алкохолна психоза. Тя се наблюдава обикновено у лица, които злоупотребяват предимно с концентрирани спиртни напитки, по-често над 30-годишна възраст. Развитие на психозата започва остро, обикновено нощем, най-често при непрекъсната употреба на големи количества алкохол в продължение на няколко дни.

Появяват се зрителни халюцинации за допир /тактилни/, тревога, страх, психическа и двигателна възбуда. Могат да се появят слухови халюцинации, ръцете силно треперят, лицето е покрито с пот, сърдечната дейност е ускорена, нерядко се развива колапс.

Разгърнатата картина на делира трае около четири дни, в редки случаи и повече. Болните излизат от това състояние обикновено след продължителен сън. След отзвучаване на психозата те имат непълен спомен за случилото се. Делир се наблюдава

както по време на продължителна интоксикация, така и по време на абстиненция.

Острата алкохолна халюциноза се среща по-рядко. Тя се развива при ясно съзнание и запазена ориентация. Болният има слухови халюцинации. Често гласовете, който той "чува", разговарят помежду си и то винаги за него /антифанни халюцинации/. Отначало той е критичен към слуховите халюцинации, но по-късно те започват да определят поведението му. Алкохолната халюциноза продължава дни и седмици, по изключение месеци и в повечето случаи преминава без особени последици, но нерядко може да премине в делир.

Хроничната алкохолна халюциноза трае по-дълго време при запазен интелект на индивида и яснота на съзнанието. Болните свикват с "гласовете", като дори се забавляват с тях, но често поради извънредно живите слухови халюцинации са принудени да прекъсват работа или разговор с действителни лица.

Корсаковата психоза е тежка последица на алкохолната болест. В периферната нервна система се установяват полиневритни промени в крайниците. Болните не могат да запомнят нищо ново, те са дезориентирани за място и време.

Психозата води и до тежко увреждане на централната нервна система. Лекуването и възстановяването са извънредно трудни.

Лечението на алкохолизма представлява тежък психотерапевтичен проблем. Алкохоликът трябва да бъде убеден в необходимостта от лечение. То се осъществява най-добре в затворени лечебни заведения, каквито са психиатричните. С цел да се понесе по-леко абстинентните явления в първите дни след приемането на болния се дават в малки дози успокоителни средства - дизепин, реланиум, седуксен, фаустан. В следващите дни се назначава дезинтоксикаращо лечение с витамини, глюкоза и микроелементи.

Успоредно с това се провеждат индивидуални или групови психотерапевтични беседи. Провежда се т.н. отвикващо лечение, което създава отвращение или непоносимост към алкохола с помощта на определени препарати.

Отвикващото лечение не е гаранция за окончателно или трайно отвикване от алкохола. Лечебния ефект трае няколко седмици или месеци и след това изчезва. След този период алкохоликът трябва да може сам да осъществи намеренията си за въздържание. В това отношение особено важно значение се отдава на семейната среда.