

Астана медицинский университет
Кафедра фтизиатрии

СРС: Алкоголизм и туберкулез
Выполнила: Балтабай Б.Ж.
Приняла:



2017 ЖЫЛ

План:

- I. Туберкулез и алкоголизм
- II. Патогенез и патологическая анатомия
- III. Симптоматика
- IV. Диагностика.
- V. Лечение.



Туберкулез и алкоголизм – особенности течения страдающие алкоголизмом, составляют наиболее социально и эпидемиологически опасную группу больных, с трудом поддающихся полноценному излечению от туберкулеза. Частота туберкулеза среди больных хроническим алкоголизмом так же, как и алкоголизма среди больных туберкулезом (особенно с запущенным), значительна. Одновременно туберкулезом и хроническим алкоголизмом страдают главным образом мужчины в возрасте 30—60 лет. Туберкулезом заболевают и женщины, злоупотребляющие алкоголем. Чаще туберкулез присоединяется к алкоголизму, реже у больных туберкулезом развивается алкоголизм. Больных алкоголизмом относят к контингентам с высоким риском заболевания туберкулезом.

Алкоголизм при туберкулезе - диагностика, лечение В МКБ-10 расстройства, возникающие при употреблении психоактивных веществ (алкоголь, наркотики, химические соединения и лекарственные вещества), выделены в самостоятельный класс, класс F1.

Общим для них является состояние

- ☐ эйфории
- ☐ развитие абстинентного синдрома
- ☐ изменение толерантности организма к применяемым веществам
- ☐ нарастание социальной дезадаптации
- ☐ деградации.
- ☐ Алкоголизм составляет подкласс F10 в МКБ-10 и является заболеванием, которое вызвано злоупотреблением алкоголя. Расстройства, которые появляются вслед за его употреблением, связаны с острой алкогольной интоксикацией (опьянением). Степень их выраженности зависит от количества алкоголя, типа личности, состояния организма и его защитных систем. Эти расстройства проявляются нарушениями адекватного восприятия действительности и неправильными решениями.

Эйфория, возникающая при этом, вызывает стремление к раскрепощению, повышению общительности, раздражительности, агрессивности, к необычным поступкам, к депрессии, ощущению безысходности, дурашливости и последующей частичной амнезии. При этом следует помнить, что больные алкоголизмом имеют склонность к преуменьшению имеющихся проблем и даже отрицают тягу к алкоголю. Системное потребление алкоголя усиливает тягу к спиртному. Непреодолимое стремление к нему характеризует сформировавшуюся физическую зависимость от него. Бытовое пьянство (эпизодический прием алкоголя) ведет к деградации личности. В невротической стадии появляются психическая зависимость от алкоголя, рост толерантности к нему, нарушения сна и аппетита; в наркотической стадии усиливается тяга к спиртному и появляется абстинентный синдром (астеновегетативные проявления, алкогольные психозы в форме делирия, алкогольные полиневриты и др.); в энцефалопатической стадии на фоне снижения толерантности к спиртному возникают грубые органические изменения личности с развитием интеллектуально-мнестического эффекта (алкогольная энцефалопатия)

Лица с сочетанной патологией (туберкулез и алкоголизм) представляют большую эпидемиологическую опасность не только из-за высокой распространенности туберкулеза среди страдающих алкоголизмом, но и в связи часто встречающихся у них тяжелых деструктивных форм туберкулеза с массивным бактериовыделением. Эта ситуация обусловлена следующими причинами:

- 1. деградация личности;**
- 2. низкий уровень санитарной грамотности;**
- 3. не соблюдение элементарных правил гигиены;**
- 4. позднее обращение за медицинской помощью;**
- 5. пренебрежение рекомендаций врачей;**
- 6. отказ от радикальной терапии.**

Тем самым они становятся особо опасными для окружающих, распространяя микобактерии туберкулеза, часто полирезистентные к противотуберкулезным препаратам.

Этиология

Безусловно, причиной принятия алкоголя является такое его воздействия на человека, как эйфория, сонливость, ложносогревающие свойства и другие^Ц. Существует много взглядов на этиологию алкоголизма. Так, например, W Sudduth (1977) полагал, что основа развития заболевания происходит из-за влияния этанола на желудочно-кишечный тракт. По его теории, это происходит потому, что этанол подавляет всасывание полезных веществ, но зато усиливает всасывание токсина.

Социальные факторы.

Биологическая предрасположенность к пьянству

Психологический фактор.

Эквивалентность содержания алкоголя в различных напитках			
			
Полкружки пива	Рюмка водки или другого крепкого спиртного напитка	Бокал вина	Бокал портвейна
3–8 %	40–55 %	8–14 %	17–23 %

Патогенез и патологическая анатомия.

Патогенез туберкулеза у больных алкоголизмом не выяснен полностью. Алкоголь ведет к повреждению различных органов и систем, в том числе иммунной системы. В легких алкоголь разрушает альвеолярный эпителий, вызывает гибель легочных макрофагов, воспалительную инфильтрацию стенок бронхов, сосудов, что приводит к угнетению местных защитных реакций против инфекций. Длительная алкогольная интоксикация приводит к нарушению обменных процессов, дегенеративным и деструктивным изменениям внутренних органов, способствует прогрессированию туберкулеза. Кроме того, больные хроническим алкоголизмом неадекватны в оценке своего здоровья, обычно игнорируют профилактические обследования, в связи с абстинентными состояниями утрачивают контроль за своим здоровьем, поздно обращаются за помощью к врачу. Туберкулез у больных алкоголизмом развивается в результате эндогенной реактивации посттуберкулезных изменений, но, учитывая асоциальное поведение и несоблюдение санитарных норм, существенную роль в развитии туберкулеза играет и экзогенная суперинфекция. У больных алкоголизмом могут выявляться различные по тяжести формы туберкулеза легких. Однако чаще, чем у других больных, обнаруживают фиброзно-кавернозный туберкулез, а у больных алкоголизмом III стадии — поликавернозный процесс, казеозную пневмонию.

Этапы развития алкоголизма

ДЕВЯТНАДЦАТЬ ПРИЗНАКОВ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

1



Эпизодическое
употребление для
снятия напряжения

2



Постоянное
употребление для
снятия напряжения

3



Тайное употребление

4



Чувство вины

5



Утрата способности
обсуждать проблему

6



Вождение автомобиля
в нетрезвом виде

7



Утрата
чувства самоконтроля

8



Демонстративное и
агрессивное
поведение

9



Неспособность
выполнить обещание
и решение отказаться
от приема алкоголя

10



Избегание
общения с членами
семьи и друзьями

11



Проблемы на работе
и с деньгами

12



Беспричинная
обидчивость

13



Равнодушие к пище

14



Моральная
неустойчивость

15



Нарушение
способности мыслить

16



Неспособность
принимать
решения к действию

17



Беспочвенные
фантазии

18



Разрушение
личности

19



Запойное пьянство

Симптоматика.

Больные с впервые выявленным туберкулезом нередко жалоб не предъявляют. При прогрессирующем туберкулезе отмечаются

- высокая температура тела
 - симптомы интоксикации
 - кашель с мокротой
 - одышка.
 - На характер клинической картины заболевания оказывают влияние сопутствующие алкоголизму заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта.
- Хронический алкоголизм при осложнении туберкулезом часто приобретает злокачественное течение с частым развитием алкогольных психозов, длительными запоями, что утяжеляет течение туберкулеза.

Диагностика.

Основывается на рентгенологической картине, которая по существу не отличается от таковой у больных туберкулезом, не страдающих алкоголизмом, а также на данных микробиологического исследования, почти всегда указывающих на наличие бактерио выделения.



Лечение.

У больных алкоголизмом лечение туберкулеза осуществляют с применением комплекса противотуберкулезных и противоалкогольных средств. Больные, страдающие алкоголизмом, часто нарушают режим лечения, поэтому химиотерапию целесообразно проводить с использованием парентерального введения препаратов. При алкоголизме III стадии противопоказаны препараты, воздействующие на ЦНС. Противотуберкулезное лечение в стационаре должно быть интенсивным, предусматривать быструю негативацию мокроты и закрытие полости распада, после чего завершающее лечение продолжают в амбулаторных условиях. Учитывая большую эпидемическую опасность больных туберкулезом и алкоголизмом, а также недостаточно высокую эффективность химиотерапии, показания к хирургическому лечению таких больных должны быть расширены, а сроки предоперационной химиотерапии сокращены.

Среди больных туберкулезом и алкоголизмом лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза наблюдается в 2 раза чаще, а полирезистентность — в 6 раз чаще, чем у больных, не страдающих алкоголизмом. Это косвенно свидетельствует о том, что лечение таких больных предпринималось неоднократно и столько же раз они уклонялись от него.

Злоупотребляющих алкоголем в 3—5 раз больше среди больных, длительно состоящих на диспансерном учете, чем среди впервые заболевших туберкулезом легких. Причиной этого является «оседание» в диспансере лиц, злоупотребляющих алкоголем, из-за низкой эффективности лечения. Особенно велика распространенность алкоголизма среди больных хроническим деструктивным туберкулезом легких.

Туберкулез легких у подавляющего большинства больных развивается на фоне алкоголизма, реже предшествует ему. Это характеризует большинство лиц, с сочетанной патологией, как больных алкоголизмом с сопутствующим туберкулезом.

Клинические проявления и течение туберкулеза легких при алкоголизме могут быть различными. Процесс в легких у больных алкоголизмом иногда приобретает бурное течение и приводит к летальному исходу. Частым осложнением туберкулеза легких при сочетании его с алкоголизмом являются легочные кровотечения и кровохарканье, которое связывают с пневмосклерозом и повышенной проницаемостью сосудов под влиянием алкоголя.

После излечения туберкулеза у больных алкоголизмом наблюдаются выраженные остаточные изменения в легких, что создает условия для возникновения рецидивов туберкулеза. Главной причиной развития рецидивов является недостаточное лечение больных в период проведения основного курса химиотерапии в стационаре, из-за досрочной выписки за нарушение режима. У больных алкоголизмом туберкулезный процесс при его рецидивах протекает тяжелее, чем при первоначальном заболевании.

При возникновении туберкулеза резко ухудшается течение алкоголизма, быстро формируются его тяжелые стадии с выраженной психопатизацией, деградацией личности и социальной запущенностью. Запой принимают упорный характер, более тяжелым становится синдром похмелья. Туберкулезная инфекция является дополнительным отягощающим фактором, способствующим возникновению алкогольных психозов. Основную роль в их развитии играют обострения туберкулезного процесса.

Принципы лечения. Одна из основных причин неблагоприятного течения туберкулеза легких при алкоголизме — неполноценное лечение из-за недисциплинированности больных. Без активной антиалкогольной терапии лечение больных алкоголизмом и туберкулезом не может быть успешным.

Использование высокоэффективных, адекватно подобранных комбинаций противотуберкулезных препаратов позволяет одновременно осуществлять активную противоалкогольную терапию без серьезных осложнений. Последняя позволяет продлить сроки пребывания больных в стационаре за счет ремиссии алкоголизма и тем самым повысить эффективность химиотерапии туберкулеза.

Химиотерапию туберкулеза легких у больных алкоголизмом вынужденно и необходимо проводить в стационарах в соответствии с общепринятыми принципами. Больные часто уклоняются от приема препаратов, поэтому необходимо осуществлять строгий контроль над регулярностью химиотерапии: препараты целесообразно вводить парентерально, а если внутрь, то однократно в суточных дозах.

Методом выбора лечения больных хроническим деструктивным туберкулезом легких (особенно пожилого возраста) при сочетании его с алкоголизмом и соматическими заболеваниями является контролируемая интермиттирующая химиотерапия, с однократным приемом препаратов. При таком подходе, не уступающем по эффективности непрерывному, снижается частота преобладающих у больных алкоголизмом токсических побочных реакций. При комбинированной патологии следует применять капельное внутривенное и ректальное введение противотуберкулезных препаратов.

Нужно соблюдать осторожность при назначении оказывающих гепатотоксическое действие рифампицина (особенно совместно с изониазидом), пиразинамида, этионамида, протионамида и тиацетазона больным алкоголизмом, алкогольным циррозом печени, перенесшим болезнь Боткина и продолжающих злоупотреблять алкоголем.

Множественные соматические заболевания при алкоголизме ограничивают выбор оптимальных комбинаций противотуберкулезных препаратов из-за противопоказаний к их применению, поэтому при комбинированном заболевании необходима индивидуализация химиотерапии с учетом характера сопутствующей соматической патологии.

Токсические реакции на препараты среди больных туберкулезом, неотягощенным алкоголизмом, наблюдались в 2 раза реже, чем у алкоголиков больных туберкулезом.

Лекарство + Алкоголь =

Антибиотики

Алкоголь



+



=

нет лечебного эффекта,
поражения печени,
аллергия

Антигистаминные

Алкоголь



+



=

сонливость, галлюцинации

Анальгетики

Алкоголь



+



=

галлюцинации, остановка дыхания

Витамины

Алкоголь



+



=

отсутствие
лечебного
эффекта

Сахароснижающие

Алкоголь



+



=

гипогликемия,
кома

Антидепрессанты

Алкоголь



+



=

кома,
летальный
исход

Гипотензивные

Алкоголь



+



=

головная боль,
аллергия,
коллапс

Жаропонижающие

Алкоголь



+



=

токсическое
поражение

Мочегонные

Алкоголь



+



=

падение
артериального
давления

