Волгоградский Государственный Медицинский Университет

Кафедра патологической физиологии

Реферат

на тему: Механизм развития алкогольного поражения центральной нервной и сердечнососудистой систем

Подготовила: студентка

лечебного факультета

III курса 23 группы

Никишина Дарья

Андреевна

Проверила: Каланчина

Татьяна Юрьевна

Волгоград 2008

1. Влияние алкоголя на ЦНС

Особенности реакций на спиртные напитки прежде всего зависят от функционального состояния центральной нервной системы. Хорошо известно, что главный удар алкоголь наносит по человеческому мозгу.

Нервные клетки весьма уязвимы к воздействию спиртного. Положение усугубляется тем, что мозг, составляя лишь 2 % массы тела, задерживает до 30 % выпитого наркотика. Причем концентрация алкоголя в мозговой ткани значительно выше, чем в крови. Так, если содержание этилового спирта в крови принять за единицу, то содержание его в моче равно 1,35, в печени—1,45, в спинном мозге—1,5, в головном мозге—1,75 (в некоторых случаях — 2,5—2,9). Причина накопления алкоголя в мозге — наличие в нем большого количества жироподобного вещества (липидов) и значительного объема жидкости, которые легко растворяют спирт.

Активность основного фермента алкогольдегидро-геназы, участвующего в окислении алкоголя и превращении его в уксусный альдегид в мозговой ткани, очень низка. Некоторые ученые вообще подвергают сомнению возможность окисления алкоголя в мозге. Кроме того, выделение алкоголя из мозговой ткани, как и из спинномозговой жидкости, отстает от выделения из других органов, тканей и крови. Следовательно, наибольшее количество алкоголя накапливается и дольше удерживается именно в центральной нервной системе, тем самым разрушая ее.

Естественно, чем больше в организме ферментов, вызывающих распад алкоголя, тем меньше его поступает в головной мозг. Меньше при этом образуется и уксусного альдегида — весьма ядовитого продукта окисления алкоголя.

Скорость разрушения алкоголя в организме — один из показателей индивидуальной реакции на спиртное. Ясно, что при частом употреблении небольших доз спиртных напитков или сравнительно более редких приемах больших ферментная система организма не в состоянии обеспечить достаточно быстрое окисление алкоголя и, следовательно, предохранить мозг от его попадания.

Вопрос об изменениях, вызываемых алкоголем в головном мозге, изучен недостаточно. Однако установлено, что алкоголь влияет на все основные медиаторные системы мозга. Нейромедиаторы, или трансмиттеры,— это вещества, благодаря которым осуществляется передача нервных импульсов от одной нервной клетки к другой. К ним принадлежат: адреналин, норадреналин, серотонин, глютамин, ацетил - холин, дофамин и др. Расстройство процессов медиации, т. е. передачи нервного импульса, ведет к существенным нарушениям функциональной деятельности мозга.

Следует учесть: наибольшее количество алкоголя и его первого продукта распада — уксусного альдегида — накапливается в сером веществе мозга, особенно в коре больших полушарий, а также мозжечке и подкорковых центрах, т. е. отделах, которые ведают высшими психическими функциями, координацией движений и регуляцией деятельности внутренних органов.

Алкоголь вызывает слипание эритроцитов, они забивают мельчайшие сосуды и капилляры, кровоснабжение тканей ухудшается. А ведь мозг особенно чувствителен к недостатку кровоснабжения.

Кроме того, алкоголь, вызывая расширение периферических кровеносных сосудов кожи, в мозгу и внутренних органах, наоборот, их суживает. Уменьшение поступления крови к головному мозгу приводит к гипоксии, т. е. к кислородному голоданию мозга. Вторая причина гипоксии мозга, а также внутренних органов: под влиянием алкоголя снижается способность эритроцитов воспринимать кислород, поступающий в легкие при дыхании (этот факт установил великий русский физиолог И. М. Сеченов свыше 100 лет назад).

По мере увеличения дозы алкоголя, циркулирующего в организме, все большая область мозга ощущает последствия уменьшения снабжения его кровью и дефицита кислорода. Вслед за ощущением эйфории, т. е. повышения настроения и общего самочувствия, легкости во всем теле, возникающих вследствие высокой концентрации алкоголя в мозге, закономерно следует физическая беспомощность, угнетение всех психических функций, бессознательное состояние, а в некоторых случаях смерть.

В первую очередь значительной части крови лишаются те области мозга, которые особенно нуждаются в интенсивном снабжении,— связанные с мышлением, памятью, речью, движением.

Согласно последним данным, алкоголь тормозит синтез в мозге белков и рибонуклеиновой кислоты РНК, а ведь именно РНК участвует в механизме запоминания информации. По мнению Э. Нобла (США), двух-трех рюмок некрепкого вина, выпиваемых натощак ежедневно, достаточно для того, чтобы вызвать необратимое разрушение мозговых клеток и выраженное нарушение внимания и памяти.

Отравление мозга алкоголем приводит к расстройству всех его функций. Даже незначительные дозы спиртного сказываются на качестве, точности, координации движений, отражаются на времени двигательных реакций и восприятии различных раздражителей. Например, 8—40 г водки приводят к тому, что при выполнении привычной несложной работы число ошибок возрастает в 3—4 раза. Причем уже через 3— 4 мин после употребления алкоголя возникает субъективно не воспринимаемое утомление, которое легко выявляется с помощью объективных методов исследования. Установлено также, что 30—40 г водки вызывает снижение умственной деятельности на 12— 26%; это состояние сохраняется в течение 1—2 сут. Даже малые дозы алкоголя приводят к нарушению остроты зрения, слуха, способности различать цвета, ориентироваться в пространстве. Это одна из основных причин несчастных случаев на транспорте. Ведь в зависимости от автодорожной ситуации водитель вынужден производить ежеминутно от 30 до 120 действий, связанных как с управлением автомобилем, так и с анализом окружающей обстановки.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) установила: признаки расстройства деятельности центральной нервной системы возникают уже при концентрации алкоголя в крови, равной 0,05%. При этом водитель подвергает ириску себя и окружающих в 2 раза чаще, чем трезвый. При концентрации же алкоголя в крови, равной 0,06—0,08 %, риск для водителя и окружающих еще раз удваивается. Следовательно, если концентрация алкоголя в крови водителя возрастает в арифметической прогрессии, то возможность аварии или несчастного случая возрастает в геометрической прогрессии. А встреча с пьяным пешеходом повышает риск несчастного случая в 18 раз.

В зависимости от степени опьянения водитель или совсем теряет способность воспринимать внешние раздражения, или же восприятие их резко изменяется. Особое значение для безопасности движения имеет острота зрения водителя, а также его зрительно-моторная реакция. Когда опасность возникает внезапно, необходимо мгновенно принять правильное решение. При необходимости экстренного торможения скорость реакции составляет 0,85—0,87 с. Следовательно, заметив опасность, водитель должен менее чем за одну секунду принять соответствующее решение и сразу же осуществить его. Лишь 5—6 г снижает остроту зрения на 15—20 %, а 60 г водки задерживают двигательную реакцию на 100 мс. Помимо этого, в связи со спазмом сетчатки глаза резко нарушается периферическое зрение, необходимое для ориентации при различных автодорожных ситуациях. К тому же частично утрачивается способность правильно различать цвет, особенно красный, резко расстраивается адаптация к яркому свету. Последнее особо важно для правильной ориентации в ночное время. Под влиянием незначительных доз алкоголя зрение становится чрезвычайно чувствительным к яркому свету фар встречных машин: происходит как бы кратковременный паралич зрения, и, как результат этого,— авария. Кроме временной слепоты, алкоголь может вызвать также двоение в глазах.

Снижение остроты зрения и восприятия-цвета, особенно красного, продолжается 2—3 (иногда более) суток, т. е. тогда, когда внешних признаков опьянения уже не видно.

Даже малые дозы алкоголя влияют и на слух; лица, которые находятся в стадии легкого опьянения, хотя и слышат звуковые сигналы, однако теряют способность мгновенно на них реагировать.

При употреблении спиртного всегда в большей или меньшей степени нарушаются психические процессы. Это видел каждый, наблюдавший за человеком, который употребляет спиртные напитки. Постепенно, последовательно и закономерно "выключаются" наиболее важные отделы головного мозга. Прежде всего "гаснет свет" на самом высоком этаже — в коре больших полушарий мозга, т. е. там, где сосредоточено все, что делает человека человеком. Свидетельство этого — резкое возбуждение, "бунт" подкорки, ведающей инстинктами, а также эмоциями более низкого порядка. Избавившись от сдерживающего и контролирующего влияния коры, они бурно вырываются наружу, выражаясь во всем поведении опьяневшего человека. Именно в таком состоянии он вступает в драки, бьет окна, насилует и т. д.

Следом за этим "гаснет свет" и на других "этажах" мозга, о чем свидетельствует расстройство координации движений, замедление и нарушение речи ("язык заплетается"), вспышки бесцельной двигательной активности, сменяющиеся вялостью, сонливостью. Наконец, наступает "беспросветная темнота" — опьяневший засыпает тяжелым, свинцовым сном.

Алкоголь прежде всего влияет на процесс торможения в мозге, а затем наступает ослабление и процесса возбуждения, изменяется подвижность обоих процессов.

И. П. Павлов называл алкоголь парализатором нервной системы.

Парализующее действие алкоголя на высшие отделы центральной нервной системы сказывается даже при его незначительной дозе. Ассоциативные процессы затрудняются и замедляются. Суждения становятся поверхностными. Возникают трудности при осмыслении сложной ситуации. Воспринять ее с необходимой последовательностью и с существенными деталями не удается, так как страдает память. Всегда нарушается внимание — с одной стороны, потому, что отсутствует интерес, с другой — вследствие быстрого утомления и невозможности сосредоточиться. Алкоголь угнетающе действует на различение силы минимальных звуковых раздражителей и тем самым создает условия для возникновения иллюзорных слуховых и зрительных восприятий. У всех, находящихся в состоянии опьянения, страдает оценка времени. Ухудшается функциональная деятельность всех органов чувств.

Выраженное алкогольное опьянение по существу представляет собой кратковременное психическое заболевание, так как пьяный человек утрачивает способность давать себе отчет в происходящем и руководить своими поступками и действиями, а именно это характерно для душевнобольных.

Специальными исследованиями советского ученого В. М. Банщикова (1969, 1973) установлено, что даже после небольших доз алкоголя у испытуемых на 1— 1,5 с исчезает сознание. Субъективно потеря сознания не улавливается. По мнению ученого, выпадение сознания даже на короткое время после выпитых "для аппетита" 20-50 г водки или кружки пива является одной из роковых причин аварий на производстве и автодорожных катастроф.

Человеческий мозг не только осуществляет сложную аналитико-синтетическую деятельность, лежащую в основе психических процессов, он ведает, кроме того, всеми функциями организма. С помощью нейрогуморальных механизмов центральная нервная система влияет на функциональную активность клеток, органов и систем, определяет направленность обмена веществ. Поэтому при опьянении, в связи с нарушением регулирующих влияний центральной нервной системы, а также в результате непосредственного токсического воздействия алкоголя существенно расстраивается деятельность самых различных внутренних органов и обменных процессов.

Так, вскоре после употребления спиртного возникает ощущение, что по всему телу разливается приятная теплота. Это субъективное ощущение весьма обманчиво. Алкоголь отнюдь не согревает в холодную погоду. Его употребление вызывает лишь расширение кровеносных сосудов кожи, кровь приливает к ней, а отсюда — ощущение теплоты. Однако кровь, циркулируя по расширенным кровеносным сосудам, отдает во внешнюю среду большое количество тепла. Температура тела постепенно понижается на 1—2 и более градусов, хотя выпивший этого и не замечает.А это часто приводит к обморожениям и простудным заболеваниям.

Дыхание в начале опьянения учащается, но с нарастанием алкогольного отравления делается редким и более глубоким. Походка по мере опьянения становится неуверенной, движения рук некоординированными. Пьяный не может сохранять вертикальное положение, он спотыкается и падает. Нередко наблюдаются тошнота и рвота.

Следует заметить, что рвотная реакция — важный защитный механизм. При рвоте, наступающей после употребления больших количеств спиртного, алкоголь удаляется из желудка, и его дальнейшее всасывание в кровь, а следовательно, проникновение в мозг и внутренние органы организма, прекращается, что приводит к ослаблению алкогольной интоксикации. Рвота от алкоголя наблюдается только у здоровых людей, а также при самых легких степенях алкоголизма. С течением времени вследствие длительного отравления спиртными напитками эта защитная реакция угнетается, а затем и вовсе исчезает, поэтому алкоголь, не встречая препятствий, все больше отравляет мозг. Отсутствие рвотного рефлекса — часто признак алкогольной болезни.

При большой дозе выпитого спиртного наступают еще более тяжелые расстройства. Теплорегуляция организма расстраивается в связи с начинающимся параличом теплорегулирующих центров, температура тела снижается еще больше, работа сердца ослабляется. Постепенно развивается паралич сосудодвигательного и дыхательного центров. Дыхание становится поверхностным, замедленным, хрипящим. Кожа принимает красноватую окраску, которая затем сменяется резкой бледностью и, наконец, синюшностью. Постепенно нарастает состояние глубокого алкогольного наркоза с полной потерей сознания, утратой рефлексов, произвольных движений, чувствительности, с повышением мышечного тонуса. Наконец, при явлениях резкого упадка сердечной деятельности может наступить смерть от отека легких, паралича дыхания и сердечной деятельности.

Смерть от отравления алкоголем возможна как в первые часы, так и через 1—2 дня после его приема. На вскрытии, как, правило, наибольшие изменения обнаруживаются именно в мозге. Твердая мозговая оболочка напряжена, мягкие мозговые оболочки отечны, полнокровны, сосуды расширены, повсюду встречается множество точечных кровоизлияний, а также мелкие кисты в местах некроза (омертвения) участков мозгового вещества.

2. Алкогольные психозы

Алкогольные психозы — экзогенные психозы, обусловленные хронической алкогольной интоксикацией. Развиваются во II и III стадиях хронического алкоголизма. По данным ВОЗ, наблюдаются у 10% больных хроническим алкоголизмом. Распространенность зависит от уровня алкоголизации населения.

Выделяют следующие формы алкогольных психозов:

* алкогольный делирий,
* алкогольный галлюциноз,
* алкогольные бредовые психозы,
* алкогольную депрессию,
* алкогольную эпилепсию,
* дипсоманию,
* алкогольные энцефалопатии.

В структуре алкогольных психизов основное место занимают делирий (76,5—91%), острый галлюциноз (5,6—22,8%) и бредовые психозы (3,8—10—25%).

Алкогольный делирий (белая горячка, delirium tremens) развивается остро, через несколько часов или дней после прекращения приема алкоголя. В начальном периоде отмечаются астения, бессонница, возникают отдельные иллюзии и галлюцинации, эпизоды бредового восприятия окружающего на фоне тревожности, боязливости, взбудораженности, суетливости больных. В дальнейшем повышается температура тела, появляются гиперемия, отечность лица, желтушность склер, тахикардия, колебания АД, увеличивается печень. Постоянным признаком является тремор рук, головы или всего тела. Возможны повышенная потливость, нистагм, рефлексы орального автоматизма, гиперрефлексия, мышечная гипотония, атаксия. В крови — лейкоцитоз, сдвиг в лейкоцитарной формуле влево, увеличение СОЭ, отмечаются билирубинемия, холестеринемия, уробилинурия, альбуминурия, олигурия. При типичном алкогольном делирий, продолжающемся, как правило, 2—5 дней, наблюдается ложная ориентировка в месте, окружающих лицах, неточная ориентировка во времени. Возникают то простые по содержанию, зрительные, то сценические, комбинированные зрительные, а также тактильные, слуховые истинные галлюцинации. Зрительные галлюцинации объединены общим, большей частью устрашающим, содержанием, нередко с алкогольной и сексуальной тематикой; они изменчивы, переплетаются с иллюзиями, расстройствами схемы тела (метаморфопсиями). Зрительные галлюцинации могут носить макроманический (огромные люди, животные, чудовища, демоны) и микроманический (мелкие существа, нити и т.п.) характер. Больные высказывают несистематизированные бредовые идеи физического уничтожения, преследования, ревности, обвинения, являющиеся как бы интерпретацией. изложением содержания галлюцинаций (так называемый галлюцинаторный бред). При этом преобладает страх в сочетании с грубоватым юмором, который может сменяться эйфорией, недоумением. Поведение больного соответствует содержанию галлюцинаций и бреда: больные защищаются, убегают, кого-то гонят, что-то стряхивают с себя и окружающих предметов. Характерны бессонница, нарастание симптоматики в вечернее и ночное время; возможно временное стихание проявлений болезни (обычно днем). Если удается отвлечь больных от болезненных переживаний, можно получить анамнестические сведения (чаще неполные). В большинстве случаев на этом этапе алкогольный делирий заканчивается. Характерен критический, после глубокого сна выход из психоза через фазу астении. Выздоровление может наступать и постепенно, с развитием резидуального бреда или депрессии. У больных сохраняются более полные воспоминания в отношении болезненных расстройств, менее глубокие — в отношении действительно происходивших событий.

В атипичных формах в структуру алкогольного делирия могут включаться онейроидные компоненты, отдельные психические автоматизмы; возможны значительная систематизация бредовых идей, преобладание вербальных галлюцинаций, развитие редуцированных форм алкогольного делирия (гипнагогический делирий, абортивный делирий). Атипичные формы продолжительнее, чем редуцированные (абортивный делирий длится около суток).

В редких случаях алкогольный делирий, затягиваясь, проходит стадии профессионального и мусситирующего делирия (тяжелого делирия). Профессиональный делирий развивается на фоне тяжелого соматического состояния. Больные совершают однообразные разрозненные движения, напоминающие профессиональные. Это сопровождается отрывочными высказываниями профессионального содержания, ложными узнаваниями. Воспоминания о данной стадии почти не сохраняются. При мусситирующем делирии больные не реагируют на окружающих, в т.ч. на обращенную к ним речь. Они лежат в постели, бормочут едва слышно что-то бессвязное, у них слабые, неуверенные, носящие иногда судорожный характер движения рук (ощупывают, что-то стягивают с себя, перебирают одеяло). Общее состояние угрожающее: отмечается высокая температура тела, углубляются соматоневролоические расстройства, характерные для пределириозного периода, присоединяется пневмония. Болезнь может осложниться оглушением, комой и закончиться летально (в условиях стационара летальность от алкогольного делирия составляет 1—16%).

Алкогольный галлюциноз характеризуется наличием множественных вербальных галлюцинаций, возникающих на фоне тревоги, страха и др. Возникают бредовые идеи (бред преследования, физического уничтожения, обвинения и др.) содержание которых тесно связано с содержанием вербальных галлюцинаций. Сознание не помрачено. По течению выделяют острый, подострый и хронический алкогольный галлюциноз. Острый алкогольный галлюциноз длится от нескольких часов до 1 мес. Вербальные галлюцинации, исходящие от одного, двух или множества людей (голоса) носят угрожающий, императивный, осуждающий характер. Часто голоса обсуждают между собой прошлые неблаговидные поступки больного; они могут носить дразнящий характер. Во многих случаях вербальные галлюцинации отличаются сценоподобностью. Бредовые идеи обычно мало систематизированы, диффузны, возбуждение менее хаотично. В начальном периоде острого алкогольного галлюциноза может наблюдаться выраженное двигательное возбуждение. Встречаются и другие варианты острого алкогольного галлюциноза: редуцированный (острый гипнагогический вербальный галлюциноз, острый абортивный галлюциноз, которые длятся около суток), атипичный (с депрессией, кратковременным субступором, отдельными психическими автоматизмами, бредом величия или онейроидными включениями), смешанный (с выраженным бредом или делириозными эпизодами),

Подострый алкогольный галлюциноз продолжается в течение 1—6 мес. Он отличается от острого меньшей выраженностью страха и возбуждения. Преобладают слуховые вербальные галлюцинации, бред преследования и депрессивный аффект. Окончание острого и подострого алкогольного галлюциноза критическое или литическое.

Хронический галлюциноз характеризуется длительными (от 6 мес. до нескольких лет) стереотипными вербальными галлюцинациями, Содержание голосов может быть индифферентным, комментирующим, в виде "эха мыслей". Больные в какой-то мере свыкаются с голосами. В периоды усиления галлюцинаций заметен страх. Возбуждение отмечается редко, при этом возможны неожиданные поступки. В ряде случаев бред отсутствует или, наоборот, преобладает. Иногда наблюдается замена истинных галлюцинаций псевдогаллюцинациями; одновременно появляются другие психические автоматизмы; в дальнейшем отмечается переход в парафрению и псевдопаралич.

Алкогольные бредовые психозы могут быть в виде острого и хронического параноида, алкогольного бреда ревности. При остром параноиде в течение нескольких дней или недель отмечаются резкий страх, образный бред преследования или бред отношения. Окружающих людей больной принимает за преследователей, случайные предметы в их руках — за оружие. В действительных разговорах он улавливает намеки на то, что его ожидает насильственная смерть. В ужасе больной пытается бежать, готовится к обороне или нападению. Наблюдаются случаи абортивного острого алкогольного параноида.

При хроническом алкогольном параноиде усиливаются бредовые идеи преследования, возможны бред воздействия и другие психические автоматизмы.

При алкогольном бреде ревности (алкогольной паранойе) постепенно, на фоне подавленного, злобного настроения формируются систематизированные бредовые идеи ревности, которые нередко больной тщательно скрывает. Они обнаруживаются впервые при алкогольном опьянении, ссоре и др. Со временем правдоподобность болезненных высказываний утрачивается. Бред супружеской неверности расширяется, распространяется на прошлое, усложняется идеями преследования, отравления, порчи, а также конфабуляциями, вербальными иллюзиями. Деятельность больного направлена на получение "доказательств" своей правоты, "разоблачение" жены. При этом нередко встречаются жестокая агрессия, убийства. Течение многолетнее, с ослаблением или усилением проявлений в зависимости от алкоголизации и условий жизни.

Алкогольная депрессия может быть различной продолжительности и глубины; при ней ухудшается настроение во второй половине дня, отмечаются тревога, слезливость, раздражительность, суицидальные стремления, ипохондричность, чувство неполноценности.

Алкогольная эпилепсия представляет вариант симптоматической эпилепсии, обусловленной органическим поражением головного мозга; проявляется главным образом эпилептиформными пароксизмами (при воздержании от алкоголя припадки обычно не повторяются).

Дипсомания (истинный запой) может быть в III стадии хронического алкоголизма, обычно при стертых формах психических болезней. Начинается с тревожно-депрессивного аффекта, дисфории, а также нарушений сна, аппетита, головных болей. В течение нескольких дней или недель больные, испытывая интенсивное влечение к алкоголю, прибегают к употреблению спиртного. Запой прерывается внезапно вместе с исчезновением влечения и даже появлением отвращения к алкоголю.

3. Влияние алкоголя на ССС

Сердце является одним из главных органов человека. Оно непрерывно снабжает все части человеческого организма кислородом и питательными веществами и забирает отовсюду продукты распада, в первую очередь углекислый газ, которые затем удаляются из организма. Для этой функции сердце производит поистине гигантскую работу. Как известно, сердце делает в среднем 70—80 сокращений в минуту и при каждом сокращении выбрасывает в организм приблизительно 100 граммов крови. Таким образом, сердце прогоняет за одну минуту по всему организму около 8 кг крови, в 1 час — 480 кг, в сутки около 12 тонн. Учеными подсчитано, что для перегона; такого большого количества крови по организму сердце расходует такую энергию, которой достаточно, чтобы поднять на высоту метра 18 тонн груза. Такую громадную работу сердце производит непрерывно за время всей жизни человека. Как же в таком случае мышцы сердца, не утомляются? Дело в том, что, когда сокращаются предсердия сердца, желудочки находятся в состоянии расслабления, когда же сокращаются желудочки, в состоянии: расслабления находятся предсердия, затем наступает пауза, при которой сердце находится в покое, "отдыхает" в течение 0,4 секунды. Таким образом, подсчитано, что сердце при сокращении 70 раз в минуту, в 1 сутки работает только 8 часов, а 16 часов отдыхает.

Сердце хорошо может сочетать отдых с работой, когда мы его не перегружаем чрезмерной работой и не отравляем спиртными напитками. Для того чтобы пульс участился до 100—120 ударов в минуту, достаточно бывает выпить стопку водки или кружку пива. При частом пульсе паузы между сокращениями сердца укорачиваются, а как мы уже установили, оно только во время этих пауз и отдыхает. Следовательно, даже малые дозы алкоголя нарушают нормальный отдых сердца.

В тех случаях, если человек прекращает пить, пульс довольно быстро становится нормальным, и сердце начинает работать по-прежнему хорошо. Но когда человек продолжает принимать алкоголь, причем в большом количестве, у него пульс становится чаще, нарушается нормальный ритм работы сердца, появляются неприятные ощущения, боли в сердце и одышка.

Под влиянием дальнейшего ядовитого действия алкоголя на сердце наступает жировое перерождение сердечной мышцы. Сердце значительно увеличивается в объеме, расширяется его полость, благодаря чему понижается работоспособность сердца. У таких алкоголиков, появляются перебои и давление в области сердца, особенно при физической нагрузке. Если к этому времени болезненные изменения сердечной мышцы еще обратимы, то после прекращения действия алкоголя все эти явления почти полностью проходят, и сердце начинает нормально работать.

При дальнейшем злоупотреблении спиртными напитками сердце до определенного времени с большим трудом еще справляется со своей работой. Затем под ядовитым действием алкоголя расстраивается кровообращение, усиливается сердцебиение, одышка, появляются отеки, общая слабость, в результате чего человек в конце концов погибает.

У хронических алкоголиков очень часто наблюдается артериосклероз — под влиянием алкоголя сосуды сердца становятся хрупкими, извилистыми, в них отлагаются соли; по таким сосудам кровь течет медленно. Они вследствие своей хрупкости под давлением крови часто разрываются, в особенности при физическом, психическом перенапряжении.

Нередко алкоголики скоропостижно умирают.

По данным Луи Каро, в каждый час во Франции умирает от алкоголя два человека. У многих из них причиной смерти явился разрыв хрупких, пораженных артериосклерозом сосудов головного мозга, или же разрыв сердечных сосудов, через которые кровь проходит к мышцам сердца и питает их. При их разрыве питание сердца кровью прекращается, сердце останавливается, и человек умирает.

Очень важно знать, что под влиянием алкоголя склероз сосудов появляется не только в пожилом возрасте, но и у лиц молодого возраста.

Как правило, под влиянием спиртных напитков кровяное давление у человека повышается до 140—150— 160 м1м. После прекращения потребления спиртных напитков кровяное давление обычно восстанавливается. Если же человек в дальнейшем систематически в возрастающем количестве продолжает принимать спиртные напитки, то у него может развиться гипертоническая болезнь со всеми тяжелыми последствиями. Так лиц с повышенным артериальным давлением среди алкоголиков в 3—4 раза больше, чем среди всего населения.

Лучшим методом борьбы с этим заболеванием сердечно-сосудистой системы является отказ от употребления спиртных напитков.

Литература

1. Патогенез и клиника алкогольных заболеваний, Под ред. Лукумского И. И. , М. 1970.
2. Синицкий В. Н., Пьянство и алкоголизм, Киев, 1988.
3. Сирота Н. А., Ялтонский В. М., Профилактика наркомании и алкоголизма, М., 2003.
4. Классики русской медицины о действии алкоголя и алкоголизме, Сост. Воробьев В. С., М., 1988
5. Алкоголизм, под ред. Г.В. Морозова и др., М., 1983;
6. Гулямов М.Г. Патоморфоз острых алкогольных психозов, Душанбе, 1984,
7. Руководство по психиатрии, под ред. А.В. Снежневского, М., 1983;