**Введение**

Спирты - одна из групп органических соединений, это определение дает нам химия, которую мы проходим в школе. К сожалению, узнать все на уроках о применении, токсичности я не смог, т. к. это не предусмотрено программой. Поэтому, когда у меня появилась возможность узнать больше об одном из веществ этой группы, я решил выбрать именно эту тему для реферата.

Кроме того, на сегодняшний день в России много социальных проблем, связанных с хроническим отравлением алкоголем, что указывает на актуальность темы, которую я выбрала.

Перед тем, как начать делать реферат я поставил перед собой

Для достижения цели, которую я поставил, мне необходимо выполнить следующие.

**1. Основная часть**

**1.1 Спирт этиловый**

Этиловый спирт С2Н5ОН (этанол, этиловый алкоголь, винный спирт) - бесцветная, летучая жидкость с характерным запахом, жгучая на вкус (пл. 0,813-0,816, т. кип. 77-77,5 °С). Этиловый спирт горит синеватым пламенем, смешивается во всех соотношениях с водой, диэтиловым эфиром и многими другими органическими растворителями, перегоняется с водяным паром.

Этиловый спирт получают путем брожения крахмалсодержащих продуктов (зерно, картофель), фруктов, сахара и т.д.

**1.2 Применение этилового спирта**

Этиловый спирт широко используется в промышленности как растворитель и исходный продукт для получения многих химических соединений. Этот спирт используется в медицине как дезинфицирующее средство.

В химических лабораториях он применяется как растворитель, входит в состав многих спиртных напитков.

**1.3 Действие на организм и токсичность**

Этиловый спирт может поступать в организм несколькими путями: при приеме внутрь, при внутривенном введении, а также через легкие в виде паров с вдыхаемым воздухом.

Поступивший в организм этиловый спирт действует на кору головного мозга. При этом наступает опьянение с характерным алкогольным «возбуждением». Это возбуждение не является результатом усиления возбудительного процесса, а возникает из-за ослабления процесса торможения. Таким образом, под влиянием алкоголя проявляется преобладание процессов возбуждения над процессами торможения. В больших дозах этиловый спирт вызывает угнетение функций как спинного, так и продолговатого мозга. При этом может наступить состояние длительного глубокого наркоза с потерей рефлексов и угнетением жизненно важных центров. Под влиянием этилового спирта может наступить смерть в результате паралича дыхательного центра.

О токсичности этилового спирта свидетельствует наличие случаев острых отравлений этим спиртом. В последнее десятилетие острые отравления этиловым спиртом занимают первое место (около 60%) среди отравлений другими токсическими веществами. Алкоголь не только вызывает острые отравления, но и способствует скоропостижной смерти от других заболеваний.

Степень токсичности этилового спирта зависит от дозы, концентрации его в напитках, от наличия в них сивушных масел и других примесей, прибавляемых для придания напиткам определенного запаха и вкуса. Ориентировочно смертельной дозой для человека считается 6-8 мл чистого этилового спирта на 1 кг массы тела. В пересчете на всю массу тела это составляет 200-300 мл этилового спирта. Однако эта доза может изменяться в зависимости от чувствительности к этиловому спирту, условий его приема (крепость напитков, наполненность желудка пищей) и т.д. У одних лиц смерть может наступить после приема 100 - 150 г. чистого этилового спирта, в то время как у других лиц. смерть не наступает и после приема 600-800 г. этого спирта.

**1.4 Распределение в организме**

Этиловый спирт неравномерно распределяется в тканях и биологических жидкостях организма. Это зависит от количества воды в органе или биологической жидкости. Количественное содержание этилового спирта прямо пропорционально количеству воды и обратно пропорционально количеству жировой ткани в органе. В организме содержится около 65% воды от общей массы тела. Из этого количества 75 - 85% воды содержится в цельной крови. Учитывая большой объем крови в организме, в ней накапливается значительно большее количество этилового спирта, чем в других органах и тканях. Поэтому определение этилового спирта в крови имеет большое значение для оценки количества этого спирта, поступившего в организм. Имеется определенная зависимость между количеством этилового спирта в крови и моче. В первые 1-2 ч после приема этилового спирта (спиртных напитков) концентрация его в моче несколько ниже, чем в крови. В период элиминации содержание этилового спирта в моче, взятой катетером из мочеточника, превышает содержание его в крови. Эти данные имеют большое значение для установления времени, прошедшего с момента приема этилового спирта до момента исследования.

Большое значение в диагностике опьянений и отравлений этиловым спиртом имеют результаты количественного определения этого спирта, которые выражают в промилле (% 0), что означает тысячную долю.

При оценке результатов количественного определения этилового спирта в крови необходимо учитывать, что этот спирт может образовываться при гнилостном разложении трупов. При гниении в крови трупов может образовываться от ничтожных количеств до 2,4% 0 этилового спирта. В первые 2-3 сут. после смерти этиловый спирт в определенной степени разлагается под влиянием алкогольдегидразы, которая в это время еще сохраняет ферментативную активность.

В отличие от крови в моче трупов образование этилового спирта не происходит. Поэтому для оценки степени опьянения производят определение этилового спирта как в крови, так и в моче.

Выводы о степени опьянения и о смертельных отравлениях этиловым спиртом делают на основании результатов определения этого спирта в крови. При обнаружении в крови менее 0,3% 0 этилового спирта делают вывод об отсутствии влияния этого спирта на организм. Легкое опьянение характеризуется наличием в крови 0,5-1,5% 0 этилового спирта. При опьянении средней степени в крови обнаруживается 1,5-2,5% 0, а при сильном опьянении - 2,5-3,0% 0 этилового спирта. При тяжелом отравлении в крови содержится 3-5% 0, а при смертельном отравлении - 5-6% 0 этилового спирта.

# **1.5 Фармакологическое действие**

Спирт этиловый(С2Н5ОН). По характеру резорбтивного действия на ЦНС может быть отнесен к веществам наркотического типа действия. В его действии на ЦНС различают три стадии: возбуждение, наркоз и агональную стадию.

Однако в качестве средства для наркоза спирт этиловый малопригоден, так как вызывает длительную стадию возбуждения и обладает крайне малой широтой наркотического действия (стадия наркоза очень быстро сменяется агональной стадией). Исследованиями сотрудников И.П. Павлова было показано, что даже небольшие количества спирта этилового подавляют процессы торможения в коре головного мозга, в связи с чем возникает стадия возбуждения (опьянения). Для этой стадии характерны эмоциональное возбуждение, снижение критического отношения к собственным поступкам, расстройства мышления и памяти.

Как и другие наркотические вещества, спирт этиловый обладает анальгетической активностью (снижает болевую чувствительность).

При увеличении дозы спирта этилового стадия возбуждения сменяется явлениями угнетения ЦНС, нарушением координации движений, спутанностью, а затем полной потерей сознания. Появляются признаки угнетения дыхательного и сосудодвигательного центров продолговатого мозга: ослабление дыхания и падение артериального давления. Тяжелые отравления спиртом этиловым могут приводить к смерти вследствие паралича этих центров.

Спирт этиловый оказывает выраженное влияние на процессы терморегуляции. Вследствие расширения кровеносных сосудов кожи при опьянении увеличивается теплоотдача (субъективно это воспринимается как ощущение тепла) и снижается температура тела. Повышением теплоотдачи, в частности, объясняется тот факт, что в условиях низкой температуры лица, находящиеся в состоянии алкогольного опьянения, замерзают быстрее, чем трезвые.

При местном действии спирт этиловый в зависимости от концентрации вызывает раздражающий или вяжущий эффект. Раздражающие свойства наиболее выражены у 40% спирта, вяжущие - у 95%. Кроме того, спирт этиловый оказывает противомикробное действие, в связи с чем широко применяется наружно в качестве антисептического средства. С этой целью используют 70%, 90% или 95% спирт.

Вяжущие и противомикробные свойства спирта этилового связаны с его способностью денатурировать белки (вызывать их свертывание). Эта способность увеличивается с повышением концентрации спирта этилового.

В связи с раздражающим действием спирт этиловый при приеме внутрь оказывает выраженное влияние на функции желудочно-кишечного тракта. В небольшой концентрации (до 20%) спирт этиловый повышает аппетит, усиливает секрецию пищеварительных желез (в частности, желез желудка). В больших концентрациях спирт этиловый разрушает пищеварительные ферменты, что приводит к нарушениям пищеварения. Спирт этиловый улучшает всасывание различных веществ (в том числе лекарственных) в желудочно-кишечном тракте.

Практическое применение спирт этиловый находит в связи с его противомикробными, вяжущими, раздражающими и анальгетическими свойствами. Наиболее часто в **практической медицине** спирт этиловый используют в качестве **антисептического средства** для обеззараживания медицинского инструментария, операционного поля, рук хирурга. Противомикробное действие спирта этилового обусловлено его способностью вызывать денатурацию (свертывание) белков микроорганизмов и усиливается с повышением концентрации. Таким образом, наибольшей противомикробной активностью обладает 95% спирт этиловый. В этой концентрация препарат применяется для обработки хирургических инструментов, игл, катетеров и т.д. Однако для обработки рук хирурга и операционного поля чаще используют 70% спирт. Это связано с тем, что спирт более высокой концентрации интенсивно свертывая белковые вещества, плохо проникает в глубокие слои кожи и обеззараживает лишь поверхностный ее слой.

Способность спирта этилового в высоких концентрациях вызывать свертывание белков, т.е. его вяжущее действие используется при лечении ожогов. С этой целью применяют 95% спирт. Нельзя использовать для лечения ожогов спирт в низкой концентрации (40%), так как при этом как уже указывалось, спирт этиловый обладает только выраженными раздражающими свойствами и не оказывает заметного вяжущего и противомикробного эффекта.

Раздражающее действие 40% спирта этилового используется в практической медицине при применении спиртовых **компрессов** в случаях воспалительных заболеваний внутренних органов, мышц, нервных стволов, суставов. В качестве раздражающего вещества спирт этиловый оказывает «отвлекающее» действие, т.е. уменьшает болевые ощущения и улучшает функциональное состояние пораженного органа.

Анальгетическое действие спирта этилового может быть использовано для профилактики болевого шока при травмах ранениях. В этих случаях спирт вводят внутривенно в составе противошоковых жидкостей.

**2. Хроническое отравление этиловым спиртом (алкоголизм)**

Хроническое отравление алкоголем (алкоголизм) развивается при систематическом употреблении спиртных напитков. Оно проявляется различными расстройствами деятельности ЦНС, функций органов кровообращения, пищеварения и дыхания.

## **2.1 Этиология (происхождение заболевания)**

Возникновение и развитие алкоголизма зависит от объёма и частоты употребления алкоголя, а также индивидуальных факторов и особенностей организма. Некоторые люди подвержены большему риску развития алкоголизма ввиду специфичного социально-экономического окружения, эмоциональной и / или психической предрасположенности, а также наследственных причин. Установлена зависимость случаев острого алкогольного психоза от разновидности гена hSERT (кодирует белок переносчика серотонина). Однако до настоящего времени не обнаружено специфических механизмов реализации аддиктивных свойств алкоголя.

## **2.2 Патогенез (развитие заболевания)**

Алкоголизация в 76% случаев начинается до 20 лет, в том числе в 49% еще в подростковом возрасте. Алкоголизм отличается нарастающей симптоматикой психических нарушений и специфических алкогольных поражений внутренних органов. Патогенетические механизмы воздействия алкоголя на организм опосредованы несколькими типами действия этанола на живые ткани и, в частности, на организм человека. Основным патогенетическим звеном наркотического действия алкоголя является активация различных нейромедиаторных систем, в особенности катехоламиновой системы. На различных уровнях центральной нервной системы эти вещества (катехоламины и эндогенные опиаты) определяют различные эффекты, такие, как повышение порога болевой чувствительности, формирование эмоций и поведенческих реакций. Нарушение деятельности этих систем вследствие хронического потребления алкоголя вызывает развитие алкогольной зависимости, абстинентного синдрома, изменение критического отношения к алкоголю и пр.

При окислении алкоголя в организме образуется ядовитое вещество - ацетальдегид, вызывающее развитие хронической интоксикации организма. Особенно сильное токсическое действие ацетальдегид оказывает на стенки сосудов (стимулирует прогрессию атеросклероза), ткани печени (алкогольный гепатит), ткани мозга (алкогольная энцефалопатия).

Хроническое употребление алкоголя приводит к атрофии слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта и развитию авитаминоза.

## **2.3 Стадии болезни**

Алкоголизм характеризуется сильной психической и физической зависимостью от алкоголя (алкогольная зависимость). Алкоголизм как патология проходит несколько этапов развития, которые характеризуются постепенным увеличением алкогольной зависимости, уменьшением возможности самоконтроля в отношении употребления спиртных напитков, а также прогрессивным развитием различных соматических нарушений, вызванных хронической интоксикацией алкоголем.

Наиболее простая дифференциация алкоголизма основывается на присутствии клинических и психических признаков алкогольной зависимости, а также частоте и количестве употребляемого алкоголя: Различают следующие группы лиц:

1. Лица, не употребляющие алкоголь

2. Лица, умеренно потребляющие алкоголь

. Лица, злоупотребляющие алкоголем (развитие алкогольной зависимости)

o Без признаков алкоголизма.

o С начальными признаками алкоголизма (утрата ситуационного и дозового контроля, запои).

o С выраженными признаками алкоголизма (регулярные запои, поражение внутренних органов, психические нарушения, свойственные алкоголизму).

Из вышеприведённой классификации можно заметить, что алкогольная зависимость развивается от случайных эпизодов употребления алкоголя до развития тяжелого алкоголизма.

В алкоголизме выделяют продром и 3 стадии:

### Продромальная стадия

«Продром» считается «нулевой» стадией алкоголизма - на этом этапе ещё нет болезни, но присутствует «бытовое пьянство». Человек употребляет спиртные напитки «по ситуации», как правило, с друзьями, но редко напивается до потери памяти или до иных тяжёлых последствий. Пока стадия «продрома» не перешла в алкоголизм, человек сможет без вреда для своей психики прекратить употребление алкогольных напитков на любое время. При продроме человек в большинстве случаев равнодушно относится к тому, будет ли в ближайшее время выпивка или не будет. Выпив в компании, человек, как правило, не требует продолжения, и не выпивает затем самостоятельно. Однако при ежедневном пьянстве, как правило, стадия продрома закономерно переходит в первую стадию алкоголизма через 6-12 месяцев.

### Первая стадия

На первой стадии алкоголизма больной часто испытывает труднопреодолимое желание употребить алкоголь. При невозможности употребления спиртного чувство влечения на время проходит, однако в случае употребления алкоголя контроль по отношению к количеству выпитого резко падает. На этой стадии заболевания состояние опьянения нередко сопровождается чрезмерной раздражительностью, агрессивностью и даже случаями потери памяти в состоянии опьянения. У алкоголика пропадает критическое отношение к пьянству и появляется тенденция оправдать каждый случай потребления алкоголя. Первая стадия алкоголизма постепенно переходит во вторую, в редких случаях вторая стадия минуется, переходя сразу в третью.

### Вторая стадия

На второй стадии алкоголизма значительно возрастает выносливость (толерантность) к спиртному. Отмечается абстинентный синдром. Влечение к спиртному становится более сильным, а самоконтроль слабеет. После употребления даже малых доз спиртного больной теряет способность контролировать количество выпитого. В пьяном состоянии он, как правило, ведёт себя непредсказуемо и порой опасно для окружающих. Возникает алкогольный психоз, у человека появляются галлюцинации.

### Третья стадия

На третьей стадии алкоголизма выносливость к алкоголю падает, а потребление алкоголя становится практически ежедневным. Наблюдается значительная деградация личности больного с необратимыми изменениями психики. Нарушения со стороны внутренних органов нарастают и становятся необратимыми (алкогольный гепатит, алкогольная энцефалопатия и др.). Также возникают необратимые изменения в нервной системе, приводящие к парезам и параличам, к состояниям, когда галлюцинации длятся длительное время (синдром Кандинского-Клерамбо).

## **2.4 Диагностические признаки**

Для установления диагноза «алкоголизм» в России определяют наличие у больного нижеперечисленных симптомов:

· отсутствует рвотная реакция на приём большого количества алкоголя

· потеря контроля над количеством выпитого

· частичная ретроградная амнезия

· наличие абстинентного синдрома

· запойное пьянство

### **.5 Острое опьянение**

Диагноз является основным лишь тогда, когда интоксикация не сопровождается более стойкими расстройствами. Необходимо также учитывать

· уровень дозы;

· сопутствующие органические заболевания;

· социальные обстоятельства (поведенческая расторможенность на праздниках, карнавалах);

· время, прошедшее после употребления вещества.

Этот диагноз исключает **алкоголизм**. В ту же категорию попадает патологическое опьянение.

### **2.6 Синдром зависимости**

Сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление алкоголя начинает выходить на первое место в системе ценностей больного. Для диагностики необходимо наличие не менее 3 из признаков, возникавших в течение года:

1. Сильная потребность или необходимость принять алкоголь.

2. Нарушение способности контролировать употребление алкоголя, то есть начало употребления, окончание и / или дозировку.

. Состояния отмены

. Повышение толерантности.

. Прогрессирующее забывание альтернативных интересов в пользу алкоголизации, увеличение времени, необходимого для приобретения, приема алкоголя или восстановления после его действия.

. Продолжение употребления алкоголя, несмотря на очевидные вредные последствия, такие, как повреждение печени, депрессивные состояния после периодов интенсивного употребления вещества, снижение когнитивных функций вследствие алкоголизации (следует определять, сознавал ли и мог ли сознавать больной природу и степень вредных последствий).

Синдром зависимости для большинства врачей - достаточная причина для постановки диагноза «алкоголизм», однако постсоветская психиатрия более строга

Диагноз может быть уточнен:

- в настоящее время воздержание;

- в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление (в госпитале, тюрьме и т.д.);

- в настоящее время под клиническим наблюдением, на поддерживающей или заместительной терапии (например, ГОМК);

- в настоящее время воздержание, но на лечении вызывающими отвращение или блокирующими лекарствами (тетурам, соли лития);

- в настоящее время употребление этанола (активная зависимость);

- постоянное употребление (запой);

- эпизодическое употребление (дипсомания).

### **2.7 Состояния отмены**

Группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, проявляющаяся при полном или частичном прекращении приема алкоголя после неоднократного, обычно длительного и / или массированного (в высоких дозах) употребления. Начало и течение синдрома отмены ограничены во времени и соответствуют дозам, непосредственно предшествующей воздержанию.

Для синдрома отмены характерны психические расстройства (например, тревога, депрессия, расстройство сна). Иногда они могут вызываться условно-закрепленным стимулом при отсутствии непосредственно предшествующего употребления. Синдром отмены является одним из проявлений синдрома зависимости.

Состояние отмены с делирием выделяют вследствие другой клинической картины и на основании кардинальной разницы в механизме его возникновения.

## **2.8 Нарушения здоровья**

Алкоголь обладает токсическим воздействием на мембраны клеток, нарушает деятельность нейромедиаторных систем, расширяет сосуды и увеличивает теплоотдачу, повышает выделение мочи и секрецию соляной кислоты в желудке.

Алкогольное поражение внутренних органов (алкогольная висцеропатия).

Длительное злоупотребление алкоголем приводит к необратимым изменениям внутренних органов. На фоне хронического алкоголизма развиваются такие заболевания, как **Синдром Гайе-Вернике** (болезнь Вернике, верхний острый геморрагический полиоэнцефалит Вернике) - острое или подострое поражение среднего мозга и гипоталамуса вследствие дефицита витамина. При авитаминозе В1 снижается утилизация глюкозы нейронами и повреждаются митохондрии. Накопление глутамата в результате снижения активности альфа-кетоглутаратдегидрогеназы на фоне дефицита энергии оказывает нейротоксическое действие. Вследствие этого происходит уменьшение числа нейронов, демиелинизация и глиоз области перивентрикулярного серого вещества. Наиболее часто вовлекаются области медиального гипоталамуса, что предположительно вызывает амнезию, сосцевидных тел, червь мозжечка и ядра III, VI и VIII черепных нервов. Острая форма алкогольной энцефалопатии встречается обычно у мужчин в возрасте 35-45 лет. Существует также хроническая форма алкогольной энцефалопатии - корсаковский психоз. Для всех форм энцефалопатий характерен период предболезни разной степени продолжительности: от нескольких недель до года и более, наиболее коротким он бывает при сверхострой форме - 2-3 недели. Этот период характеризуется развитием астении с преобладанием адинамии, снижением аппетита вплоть до полной анорексии, отвращением к жирной и белоксодержащей пище. Довольно частый симптом - рвота, преимущественно в утренние часы. Нередко отмечаются изжога, отрыжка, боли в животе, неустойчивый стул. Физическое истощение усиливается. Для состояния продрома типичны нарушения сна - трудности засыпания, неглубокий поверхностный сон с яркими кошмарами, частыми пробуждениями, ранним просыпанием. Может отмечаться извращенный цикл сон-бодрствование: сонливость днём и бессонница ночью. Более часто возникают ощущения озноба или жара, которые сопровождаются потливостью, сердцебиениями, болью в области сердца, чувством нехватки воздуха, обычно по ночам. В различных областях тела, как правило, в конечностях, нарушается кожная чувствительность, в мышцах икр, пальцах рук или ног отмечаются судороги.

**Субарахноидальное кровоизлияние** - **(САК)** - кровоизлияние в субарахноидальное пространство (полость между паутинной и мягкой мозговыми оболочками). Может произойти спонтанно, обычно вследствие разрыва артериальной аневризмы, или в результате черепно-мозговой травмы.

Признаки САК возникают внезапно, без предвестников: начинается резкая головная боль (напоминающая «удар по голове»), тошнота, повторная рвота, часто наступает утрата сознания. Характерно психомоторное возбуждение.

САК - угрожающее жизни состояние, которое может привести к тяжёлой инвалидизации пациента даже в случае ранней диагностики и адекватного лечения. До половины случаев САК заканчиваются летальным исходом, 10-15% больных погибают ещё до поступления в стационар.

**Внутримозговое кровоизлияние** (**кровоизлияние в мозг**, **нетравматическое внутримозговое кровоизлияние**) - кровоизлияние в вещество головного мозга, обусловленное разрывом патологически изменённых стенок церебральных сосудов или диапедезом. Смертность от внутримозговых кровоизлияний достигает 40%.

Основным патогенетическим фактором кровоизлияния являются артериальная гипертензия и гипертонические кризы, при которых возникают спазмы или параличи мозговых артерий и артериол. Обменные нарушения, возникающие в очаге ишемии, способствуют дезорганизации стенок сосудов, которые в этих условиях становятся проницаемыми для плазмы и эритроцитов. Так возникает кровоизлияние путем диапедеза. Одновременное развитие спазма многих сосудистых ветвей в сочетании с проникновением крови в мозговое вещество может привести к образованию обширного очага кровоизлияния, а иногда и множественных геморрагических очагов. В основе гипертонического криза может быть резкое расширение артерий с увеличением мозгового кровотока, обусловленное срывом его саморегуляции при высоком артериальном давлении. В этих условиях артерии утрачивают способность к сужению и пассивно расширяются. Под повышенным давлением кровь заполняет не только артерии, но и капилляры и вены При этом повышается проницаемость сосудов, что приводит к диапедезу плазмы крови и эритроцитов. В механизме возникновения диапедезной геморрагии определенное значение придается нарушению взаимосвязи между свертывающей и противосвертывающей системами крови. В патогенезе разрыва сосудов играют роль и функционально-динамические нарушения сосудистого тонуса. Паралич стенки мелких мозговых сосудов ведет к острому нарастанию проницаемости сосудистых стенок и плазморрагии.

**Заболевания печени.**

Стеатогепатит - воспалительный процесс печени на фоне его жирового перерождения. Существует три вида заболевания: алкогольная болезнь печени, метаболический стеатогепатит и лекарственный стеатогепатит, которые нередко сочетаются между собой.

Цирро́з пе́чени - тяжёлое заболевание печени, сопровождающееся необратимым замещением паренхиматозной ткани печени фиброзной соединительной тканью, или стромой. Цирротичная печень увеличена или уменьшена в размерах, необычно плотная, бугристая, шероховатая. Алкогольный цирроз печени. Этапы: острый алкогольный гепатит и жировая дистрофия печени с фиброзом и мезенхимальной реакцией. Важнейший фактор - некроз гепатоцитов, обусловленный прямым токсическим действием алкоголя, а также аутоиммунными процессами.

**Панкреатит** (лат. pancreatitis, от др.-греч. πάγκρεας - поджелудочная железа + - itis - воспаление) - группа заболеваний и синдромов, при которых наблюдается воспаление поджелудочной железы. При воспалении поджелудочной железы ферменты, выделяемые железой, не выбрасываются в двенадцатиперстную кишку, а активизируются в самой железе и начинают разрушать её (самопереваривание). Ферменты и токсины, которые при этом выделяются, часто сбрасываются в кровоток и могут серьёзно повредить другие органы, такие, как мозг, легкие, сердце, почки и печень. Острый панкреатит - это очень серьёзное состояние организма, которое требует незамедлительного лечения. Временно приостановить развитие острого процесса (и спасти на время часть поджелудочной железы) можно путем охлаждения поджелудочной железы пластиковой бутылкой со льдом поместив ее на живот - где болит сильнее всего. Но, как правило, в случае острого панкреатита обязательно требуется лечение в больнице под наблюдением врачей.

**Гастри́т** (лат. gastritis, от др.-греч. γαστήρ (gaster) «желудок» + - itis воспалительные или воспалительно-дистрофические изменения слизистой оболочки) - собирательное понятие, используемое для обозначения различных по происхождению и течению воспалительных и дистрофических изменений слизистой оболочки желудка. Поражение слизистой может быть первичным, рассматриваемым как самостоятельное заболевание, и вторичным, обусловленным другими инфекционными и неинфекционными заболеваниями или интоксикацией. Выделяют две основные формы: острый и хронический гастрит. Отдельно рассматривают алкогольный гастрит, развивающийся на фоне злоупотребления алкоголем.

**Синдром Маллори - Вейсса** (**желудочно-пищеводный рaзрывно-геморрaгический синдром**) - поверхностные разрывы слизистой оболочки брюшного отдела пищевода и кардиального отдела желудка при рецидивирующей рвоте, сопровождающиеся кровотечением.

**Рак пищевода** - самое частое заболевание этого органа, составляет 80-90% всех заболеваний пищевода. В пищеводе различают три отдела: шейный (5-6 см), грудной (15-18 см) и брюшной (1-4 см). В грудном отделе пищевода выделяют верхнюю треть (около 5 см), соответствующую II-IV грудным позвонкам, среднюю (5-7 см), находящихся на уровне TV-TVII, и нижнюю треть (5-7 см), соответствующую уровню TVII-TX. Наиболее часто поражается средняя треть грудного отдела пищевода (40-60%), менее часто опухоль локализуется в верхне-грудном (10-15%) и нижнегрудном (20-25%) отделах. С клинических позиций удобным является сегментарное деление пищевода, исходя из анатомических взаимоотношений его с соседними органами.

**Рак желудка** - злокачественная опухоль, происходящая из эпителия слизистой оболочки желудка. Является одним из наиболее распространённых онкологических заболеваний. Может развиваться в любом отделе желудка и распространяться на другие органы, особенно пищевод, лёгкие и печень.

**Рак прямой кишки** - онкологическое заболевание конечной части желудочно-кишечного тракта человека.

**Гемолитическая анемия** - (лат. anaemia haemolytica от др.-греч. αμα - «кровь», λύσις - «разрушение», растворение и анемия) - групповое название достаточно редко встречающихся заболеваний, общим признаком которых является усиленное разрушение эритроцитов, обуславливающее, с одной стороны, анемию и повышенное образование продуктов распада эритроцитов, с другой стороны - реактивно усиленный эритропоэз.

**Аритмия** - (от др.-греч. ρρυθμία - «несогласованность, нескладность») - нарушения частоты, ритмичности и последовательности возбуждения и сокращения сердца.

Аритмия - любой ритм сердца, отличающийся от нормального синусового Термин «аритмия» объединяет различные по механизму, клиническим проявлениям и прогностическому значению нарушения образования и проведения электрического импульса.

В обычной жизни, когда с сердцем все в порядке, человек, как правило, не ощущает его биения, не воспринимает его ритма. А при появлении аритмии явно чувствуются перебои, замирание сердца либо резкое хаотическое сердцебиение.

**Алкогольная кардиомиопатия** - заболевание, проявляющееся в виде диффузного поражения сердечной мышцы, обусловленное длительным употреблением алкоголя. Проявляется в виде прогрессирующей сердечной недостаточности, может сопровождаться ишемией миокарда. Причиной развития заболевания является непосредственное токсическое действие этилового спирта на клетки миокарда.

**Нефропатия** - представляет собой поражение клубочкового аппарата и паренхимы почек различной этиологии.

В целом заболевание характеризуется нарушением работы почек. Характерными клинико-лабараторными признаками заболевания являются отеки, протеинурия, в некоторых случаях повышение артериального давления, так же изменяется удельная плотность мочи. В целом развиваются различной степени выраженности нарушения фильтрационной функции почек что в итоге может привести к хронической почечной недостаточности.

**Психические расстройства**

Алкогольные психозы - психические расстройства, обусловленные хронической алкогольной интоксикацией. Известно несколько типов алкогольных психозов: алкогольный делирий (белая горячка, delirium tremens), алкогольная депрессия, алкогольный галлюциноз, алкогольные бредовые психозы, алкогольная эпилепсия.

Алкогольный делирий - один из наиболее часто встречаемых алкогольных психозов, развивающийся на фоне метаболических расстройств, вызванных хроническим алкоголизмом. Симптомы психоза развиваются спустя несколько часов или дней после прекращения потребления алкоголя. На начальных стадиях больной возбуждён, неадекватно реагирует на происходящее, тревожен, боязлив. В дальнейшем развиваются вегетативные нарушения такие как: колебания артериального давления, учащение сердцебиения, отёчность лица, желтушность склер. Психические нарушения представлены галлюцинациями чаще функциональными (мнимый предмет или явление воспринимается на фоне реально существующего, действующего на тот же анализатор (например, в шорохе листвы, журчании воды человек слышит человеческую речь); с устрашающим алкогольным или сексуальным содержанием, бредом, агрессивностью. Длительность типичных случаев алкогольного делирия составляет 2-5 дней. Выздоровление наступает медленно и может сопровождаться остаточным бредом и депрессией. Однако в некоторых случаях алкогольный делирий приобретает более тяжёлое течение, при котором больные, впадая в кому, могут умереть.

В лечении алкоголизма выделяют несколько ключевых моментов:

· Медикаментозное лечение - применяется для подавления алкогольной зависимости и устранения нарушений вызванных хронической алкогольной интоксикацией. По сути, при медикаментозном лечении все методы основаны на фиксировании чувства страха умереть у больного из-за несочетаемости введенного препарата и алкоголя, в результате чего в организме образуются вещества, приводящие к тяжелым нарушениям здоровья вплоть до летального исхода. Такая методика лечения называется аверсивная терапия. Дисульфирам вызывает тяжелое недомогание при употреблении алкоголя и при совместном приеме с карбимидом кальция приводит к прекращению употребления алкоголя в более 50 процентах случаев. Также возможен прием одного карбимида кальция, действие которого сходно с дисульфирамом, но имеет преимущество в отсутствии гепатотоксичности и сонливости. Налтрексон используется для уменьшения желания потребления алкоголя, стимулирует воздержание и уменьшает приятные эффекты от употребления алкоголя. Налтрексон также используется при продолжении употребления алкоголя. Акампросат стабилизирует химию мозга, которая изменена употреблением алкоголя, и уменьшает случаи рецидива среди зависимых от алкоголя. Российский биоэлементолог проф. А.В. Скальный отметил, что у алкоголиков под влиянием препаратов цинка (как известно, 4 атома цинка входят в молекулу фермента алкогольдегидрогеназы) быстрее проходили явления алкогольного отравления, абстиненции, они быстрее ощущали восстановление сил, реже болели простудными и воспалительными заболеваниями во время нахождения в больнице, у них быстрее приходили в норму лабораторные показатели, свидетельствующие об улучшении функционирования печени, наблюдалось резкое улучшение состояния кожных покровов.

· Методы психологического воздействия на больного - помогают закрепить отрицательное отношение больного к алкоголю и предотвратить рецидивы болезни. Здесь при положительном исходе у человека формируется мировоззренческая установка, что он может жить и справляться с возникающими проблемами и трудностями без «помощи» алкоголя, другими методами и способами.

· Меры по социальной реабилитации больного - призваны восстановить больного алкоголизмом как личность и реинтегрировать его в структуру общества. В настоящее время в России это практически отсутствует, реализуется (делаются попытки) лишь в локальных центрах.

· Алкогольная детоксификация алкоголиков - это резкое прекращение приема алкоголя в сочетании с заменой на препараты, такие как бензодиазепины, которые имеют аналогичное алкоголю действие, для предотвращения абстинентного синдрома (группы симптомов, возникающих после прекращения алкоголя). Лица, которые имеют риск только мягких или умеренных симптомов абстинентного синдрома могут пройти детоксификацию на дому. Детоксификация по сути не вылечивает алкоголизм, и после нее следует провести программу лечения от алкогольной зависимости или злоупотребления, чтобы уменьшить риск рецидива. Бензодиазепины используются для резкого прекращения употребления алкоголя и их долгосрочное употребление может привести к ухудшению алкоголизма. Алкоголики, постоянно употребляющие бензодиазепины, реже достигают воздержания от алкоголя, чем те, кто их не принимает.

· Нормирование и умеренность предполагают неполное воздержание от алкоголя. Хотя большинство алкоголиков не могут ограничить потребления подобным образом, некоторые возвращаются к потреблению в умеренных количествах. Полное воздержание от алкоголя - наиболее постоянный способ прекращения алкоголизма.

· Комплексные методы - совмещают в себе несколько методик. Это может быть медикаментозная и психотерапия, или психологическое воздействие и социальная реабилитация. Одним из таких методов «Испанский» - включает в себя психотерапию, медикаментозную терапию и работу с людьми, которые окружают алкоголика.

· дал характеристику этиловому спирту,

· раскрыл понятие и сущность хронического отравления спиртом,

· охарактеризовал социальные проблемы, возникающие в России,

· раскрыл меры, которые могут способствовать устранению проблем алкоголизма в нашем государстве.

алкоголь токсичность болезнь опьянение

**Список литературы**

1. Джерелей Б.Н. Справочник Фельдшера - Донецк: Сталкер, 2005

2. Петровский Б.В. Большая медицинская энциклопедия - М.: Советская энциклопедия, 1974

. Фадеева Т.Б. Медицинская энциклопедия: Профилактика, лечение самых распространенных заболеваний - Минск: Белорусский дом печати, 2004

4. www //ru.wikipedia/org/wiki

5. http //www.mordovnik.ru/lechenalk

6. http //www.snleank.ru