

Tab. 5. Dokument DSM-V (2)

Vzorec užívání alkoholu vedoucí ke klinicky významným postižením nebo potížím, který se projevuje nejméně 2 z následujících kritérií během období 12 měsíců:	
1.	Alkohol je často užíván ve větším množství nebo během delšího období, než bylo zamýšleno.
2.	Existuje trvalá touha nebo neúspěšná snaha omezit užívání alkoholu nebo ho dostat pod kontrolu.
3.	Značné množství času je věnováno činnostem, které jsou nutné pro získání alkoholu, užívání alkoholu nebo zotavení z jeho účinků.
4.	Craving neboli silná touha nebo nutkání užívat alkohol.
5.	Opakované užívání alkoholu, v jehož důsledku nejsou plněny důležité povinnosti v práci, škole či doma.
6.	Pokračující užívání alkoholu i přes trvalé nebo opakované sociální nebo mezilidské problémy způsobené nebo zhoršené účinky alkoholu.
7.	Ukončení nebo omezení důležitých společenských, pracovních nebo volnočasových aktivit kvůli užívání alkoholu.
8.	Opakované užívání alkoholu v situacích, ve kterých je fyzicky nebezpečné.
9.	Užívání alkoholu pokračuje i přes vědomí trvalých nebo opakovaných fyzických nebo psychických problémů, které jsou pravděpodobně způsobeny nebo zhoršeny alkoholem.
10.	Tolerance, definovaná jedním z následujících: a. Potřeba výrazně vyšších dávek alkoholu k dosažení intoxikace nebo požadovaného účinku. b. Značně snížený účinek při pokračujícím užívání stejného množství alkoholu.
11.	Odvykací stav, definovaný jedním z následujících: a. Charakteristický syndrom z vysazení alkoholu b. Alkohol (nebo velmi příbuzná látka jako benzodiazepin) je užíván pro zmírnění nebo prevenci abstinenčních příznaků.

Přítomnost nejméně 2 z těchto kritérií ukazuje na AUD (porucha způsobená užíváním alkoholu).

Závažnost AUD je definována následovně:

Mírná: Přítomnost 2–3 kritérií

Středně závažná: Přítomnost 4–5 kritérií

Závažná: Přítomnost 6 a více kritérií

jsou v doporučeném postupu EASL i další kritéria. DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition) definuje AUD konzumací alkoholu, která vede ke klinicky signifikantní poruše zdraví a jejíž tíže závisí na počtu z dotazníkových kritérií zjištěných při návštěvě lékaře v posledním roce (Tab. 5) (2).

Léčba alkoholové závislosti je komplexní, dlouhodobá, náročná pro všechny účastníky, tj. pacienta, zdravotníky, ale i okolí, zejména rodinu. Dnes se zdůrazňuje, že v terapii je efektivnější se počítat zaměřit na pacientovu motivaci k léčbě než na jeho vůli. **Motivaci musí podporovat všichni, tj. praktický lékař, hepatolog, gastroenterolog, internista a další.** Ti se nesmí cudně vyhybat zmínce o pacientově závislosti s tím, že je to problém někoho jiného, ale při každé kontrole a znovu a znovu o závislosti hovořit a motivaci k odvykání zvyšovat (13). Čtenářům tohoto článku se může zdát, že textu k včasnému odhalení abúzu alkoholu nebo alkoholismu a dalším souvislostem s konzumací alkoholu je věnován příliš velký prostor s ohledem na název článku. Nicméně, z doporučení EASL je patrné, že včasná, důsledná a na všech úrovních zdravotní péče prováděná prevence nepřiměřené konzumace alkoholu je rozhodující k snížení prevalence, incidence a léčbě ALD. Farmakoterapie závislosti je v podávání senzitivujících preparátů, tedy medikamentů zhoršujících snášenlivost alkoholu. Dnes se u nás užívá disulfiram (Antabus). Po požití alkoholu vznikne do 15 min antabusová

reakce. Druhou skupinou jsou anticravingové léky. Jde o léky blokující mozkové receptory k snížení touhy (cravingu) po alkoholu. Jsou to např. akamprosat, baklofen, ondasetron, od roku 2012 u nás nalmefen a další. Některé z nich jsou však kontraindikované u dekompenzovaného jaterního onemocnění (2, 13).

Epidemiologie ALD (onemocnění jater související s alkoholem)

ALD vzniká u konzumentů více než 2 drinků denně. Většina z nich má větší či menší hepatomegalii v důsledku steatózy, stavu relativně benigního a hlavně reverzibilního po 6–8 týdnech abstinence. Avšak pouze u 20–35 % těchto konzumentů se rozvine steatohepatitida a jen u 8–20 % jaterní fibróza nebo cirhóza. Proč tomu tak je, není dosud jasné. Nekropticky je jaterní cirhóza prokazovaná jen asi u 18 % pitvaných s údajem o těžké konzumaci alkoholu během života a v bioptických nálezech jen u 17–31 % (22).

Nicméně, relativní riziko vzniku cirhózy rychle stoupá v závislosti na množství a celkové době konzumace alkoholu. Ve srovnání s 20gramovou denní konzumací po dobu 10–12 roků je 6x vyšší při požívání 40–60 g alkoholu denně a dokonce 14x vyšší při 60–80 g denně. Podle Leiba vznikne jaterní cirhóza u 50 % denních konzumentů 210 g alkoholu za 22 roků a u 80 % těch, kteří konzumují stejné množství 33 let. Obecně se udává, že jistá cirhóza vznikne při denním pití 180–200 g za 25 roků. U žen jsou uváděné hodnoty podle většiny studií menší až o polovinu. Na druhé straně abstinence zlepšuje průběh již existující alkoholové cirhózy (15).

Podle studie GDB (Global Burden of Disease) bylo v roce 2010 registrováno více než milion úmrtí v důsledku jaterní cirhózy, což představuje 2,0 % ze všech úmrtí, a z toho alkoholová jaterní cirhóza představovala téměř 48 %. U 31 milionů osob byla jaterní cirhóza příčinou DALY (Distability Adjusted Life Year), tj. agregovaného parametru vyjadřujícího roky ztraceného zdravého života. Alkoholová jaterní cirhóza z toho představovala opět téměř 47 %. Hepatocelulární karcinom (HCC) v terénu alkoholové jaterní cirhózy byl v roce 2010 příčinou 80 600 úmrtí (0,15 % ze všech úmrtí) a příčinou DALY u 2 142 000 osob (0,09 ze všech DALY) (18, 20).

K faktorům, které je nutno zohlednit v epidemiologických studiích, patří také pravidelnost či nárazovost pití (tzv. binge drinking) a konzumace alkoholu nalačno či v průběhu jídla. Z hlediska poškození jater je nárazové pití alkoholu méně nebezpečné než menší, ale denní konzumace, poněvadž játra mají čas se regenerovat. Člověk by neměl pít alkohol alespoň 2 dny v týdnu. Příznivější je také konzumace alkoholu k jídlu než tak zvaná „out of meals“. Poškození jater nesouvisí s druhem nápoje, ale jen s množstvím alkoholu, který obsahuje (23).

Zatímco informace o prevalenci alkoholové cirhózy jsou ve vyspělých zemích poměrně přesné a úmrtí na cirhózu bývá mírou konzumace alkoholu, nelze totéž říci o steatóze či lehké nebo středně těžké fibróze. Odhaduje se, že celosvětově je alkohol příčinou asi 50 % všech jaterních cirhóz, ovšem se značnými geografickými rozdíly (např. převažujícím náboženstvím). V islámských zemích je to jen 10 %, ve Francii až 90 %. U nás je způsobeno alkoholem asi 30 % všech jaterních cirhóz, s větším podílem na jižní Moravě (22).