



Terapie je symptomatická, ke kontrolovanému odeznění intoxikace většinou postačí stabilizační poloha, monitoring vitálních funkcí a dohled. Dodávka tekutin a iontů (ev. glukózy) infuzí většinou urychlí odeznívání ebriety. Nutnost fixace i medikamentózní léčba jsou vzácné, lékovému útlumu se pokud možno vyhýbáme (avšak občas bývá nutný), výjimečně je nutná umělá plicní ventilace (1, 3), v extrémních případech hemodialýza (2).

Ukazuje se, že tíže klinického obrazu neodpovídá vždy hladině etanolu v krvi. Také odeznívání intoxikace nebývá vždy lineární, střídání útlumové a excitační fáze není neobvyklé a navíc je špatně předvídatelné. Agresivitu pozorujeme asi u 10 % intoxikovaných. Zajímavé je, že většina opilých se po 10–12 hodinách probouzí téměř bez subjektivních potíží, někdy krátce přetrvává mírná ataxie. Subjektivní známky „kocoviny“ jsou víceméně vzácné (v poslední době ubývá i kocoviny morální).

Z medicínského hlediska je zřejmé, že u dítěte v akutní ebrietě, vzhledem k ohrožení vitálních funkcí, je většinou indikováno uložení na monitorované lůžko.

Nedořešenou otázkou zůstává, co s dorostenci v excitační agresivní fázi intoxikace, jejíž možné projevy demonstrujeme vybranými kazuistikami. Na rozdíl od specializovaných protialkoholních stanic pro dospělé s adekvátním vybavením (6) nejsou JIP pediatrických oddělení na tento typ chování pacientů připraveny ani vybaveny. Naopak – k přijetí pacientů dochází většinou v nočních hodinách, kdy bývá přítomna jedna sestra a jedna lékařka. Agresivní jedinci mohou být nebezpeční sobě i personálu, přičemž stokiloví teenageři nejsou dnes žádnou výjimkou. Hlavním problémem je však nebezpečí pro ostatní pacienty ať už přímé (poranění agresorem), nebo nepřímé (vynucená koncentrace pozornosti na intoxikovaného).

Podle stávající legislativy pacient nebezpečný sobě a okolí by měl být umístěn na specializovaném oddělení (možnost izolace, fixace, zábrana poranění, adekvátní personální a technické vybavení atd.), což jsou protialkoholní stanice či uzavřená psychiatrická oddělení. Zde ovšem narážíme na kontraindikace – limitaci věkem a dále stav intoxikace s ohrožením vitálních funkcí. A tak pediatrickým oddělením nezbyvá, než tento problém opět vyřešit vlastními silami. Skutečnost, že v souvislosti s hospitalizací intoxikovaných alkoholem na dětských odděleních není dosud hlášen žádný závažný konflikt provázený úrazem či poškozením dalších hospitalizovaných, lze považovat spíše za příznivou náhodu a v některých případech za výsledek zkušeností a profesionality personálu. Zatím jsme nezaznamenali žádné náznaky řešení ze strany organizátorů zdravotnictví. Přitom úřad ombudsmana projevuje značnou starost o opilé dospělé (návrh na zlepšení podmínek a vybavení, posílení personálu, bezplatnost péče!), avšak o dětech a dorostu se doporučení vůbec nezmiňuje (6).

Dva dodatky na závěr: ačkoliv je pediatrie orientována na prevenci a zásady prevence požívání alkoholu u dětí jsou na teoretické úrovni zpracovány (7, 8), v názoru na jejich účinnost v praxi se za současné společenské situace a při výše naznačených trendech nelze ubránit značné skepsi, zcela mimo zájem pediatrií zůstává ekonomický dopad těchto hospitalizací. Lze-li věřit systému DRG, pak v našem případě za poslední rok většina hospitalizovaných pacientů s diagnózou F10.0 představovala pro oddělení finanční ztrátu.

Závěr

Dětí hospitalizovaných pro akutní intoxikaci alkoholem evidentně přibývá a současně stoupá i podíl opilých dívek. Za závažnou změnu považujeme narůstající počet dětí se záměrnou opilostí, požívání alkoholu