АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ (клиника, лечение)

Ямпольская В. В.

ассистент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии УГМУ, к.м.н.

Классификация возраста пожилых людей (ВОЗ)

До 60 – средний возраст

60-75 – пожилые

75-90 – старики

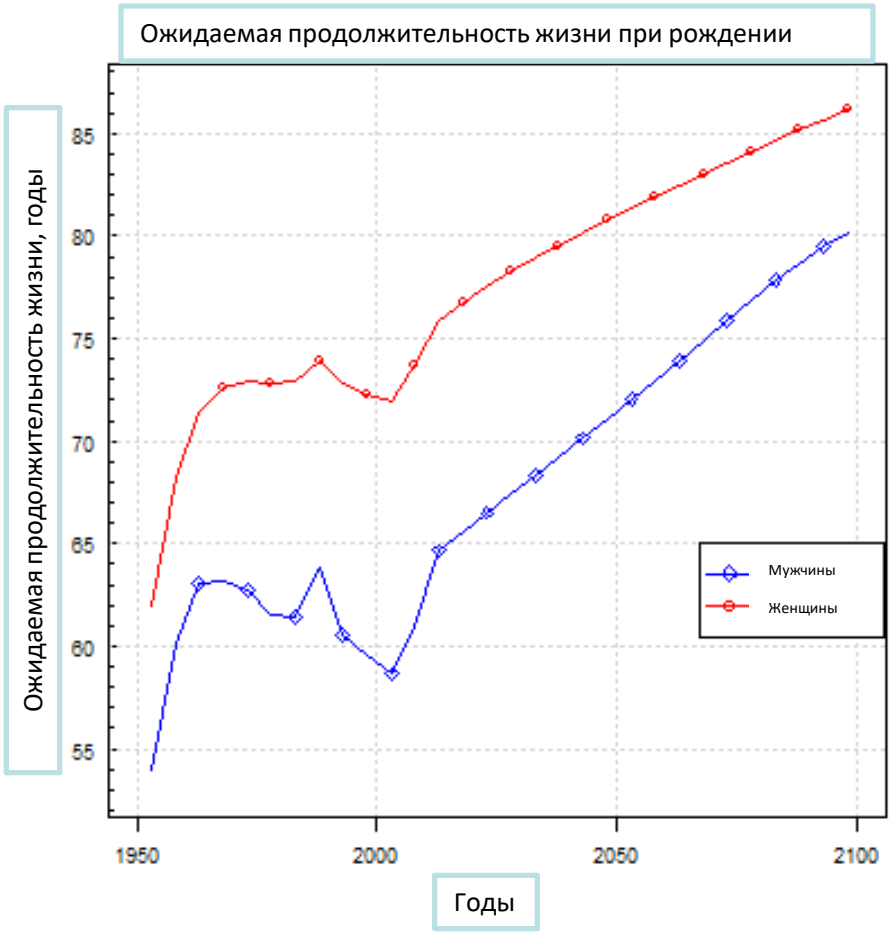
Свыше 90 - долгожители

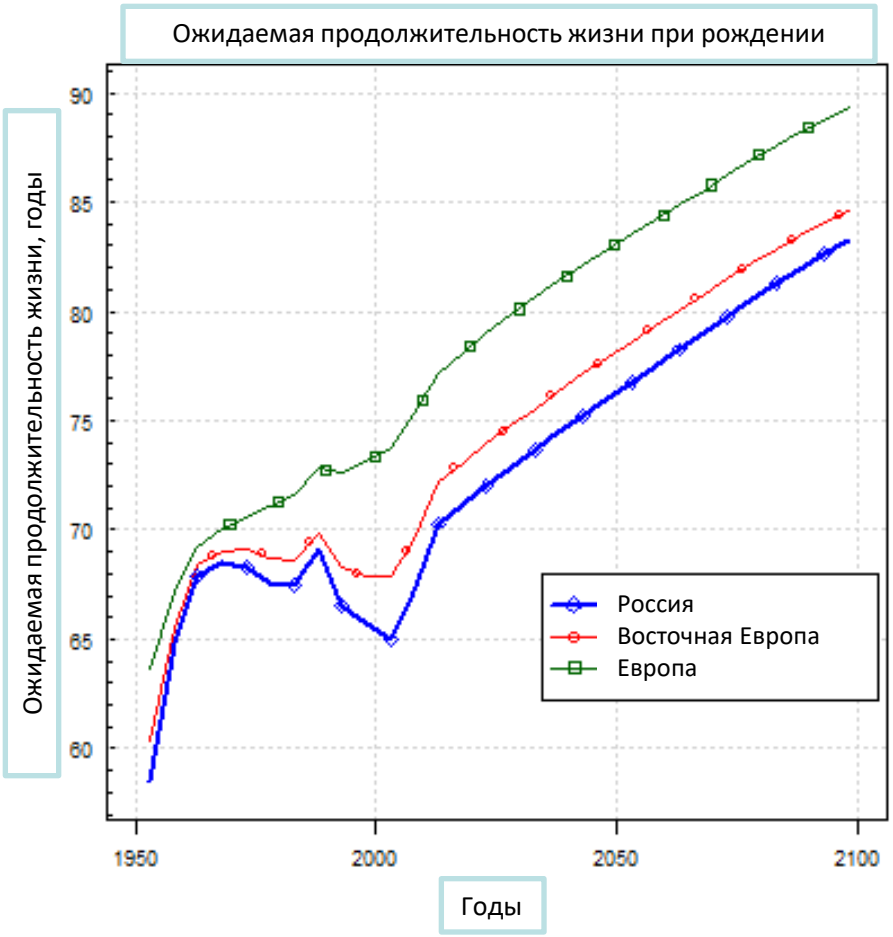
•65-75 лет – молодые пожилые (young elderly)

•76-85 лет – старые пожилые (old elderly)

•86 лет и старше – очень старые пожилые (oldest elderly)

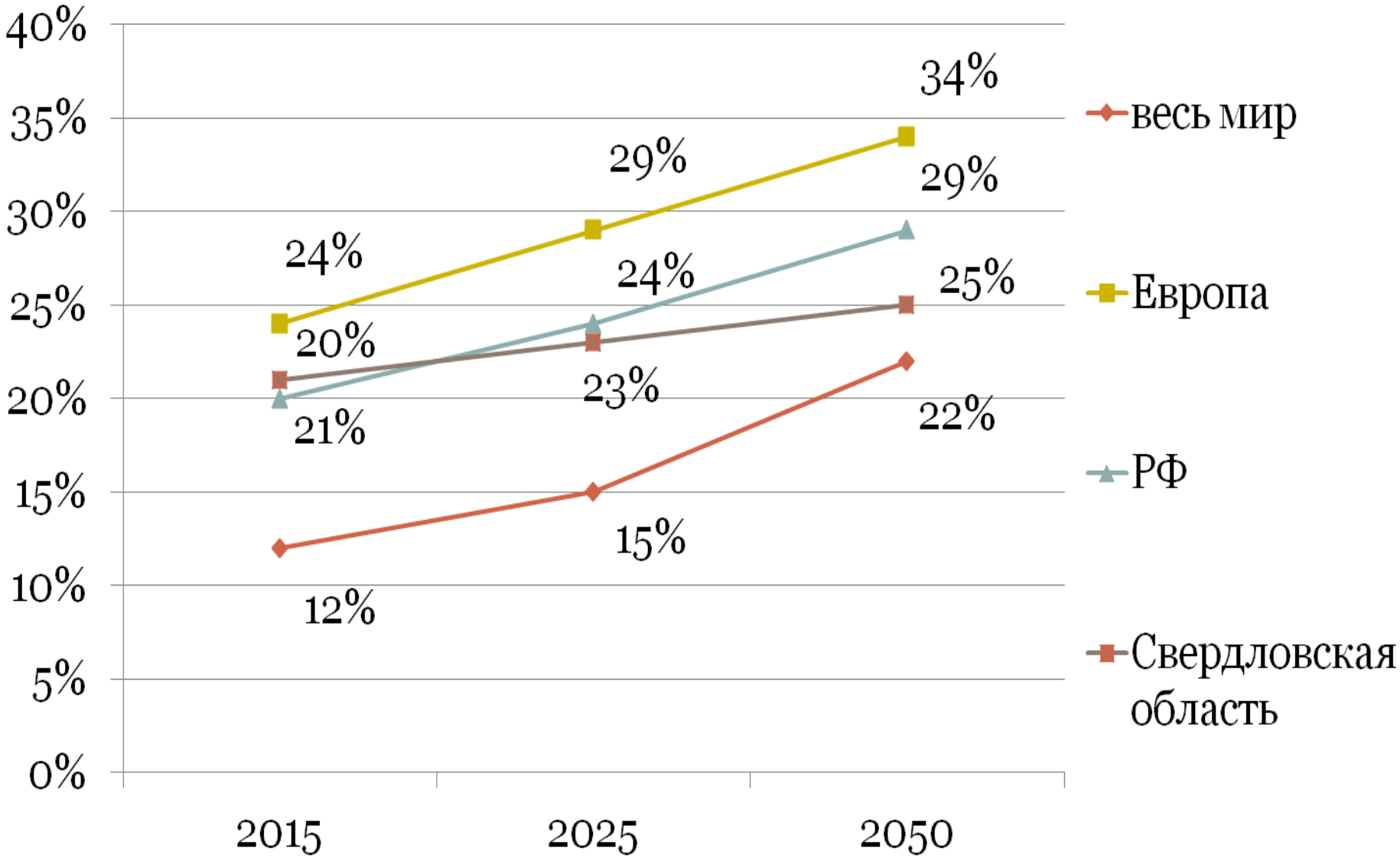
Демографическая ситуация в Российской Федерации





Source: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision.

Увеличение доли людей старше 60 лет по прогнозам ООН



Проблема старения в Российской Федерации

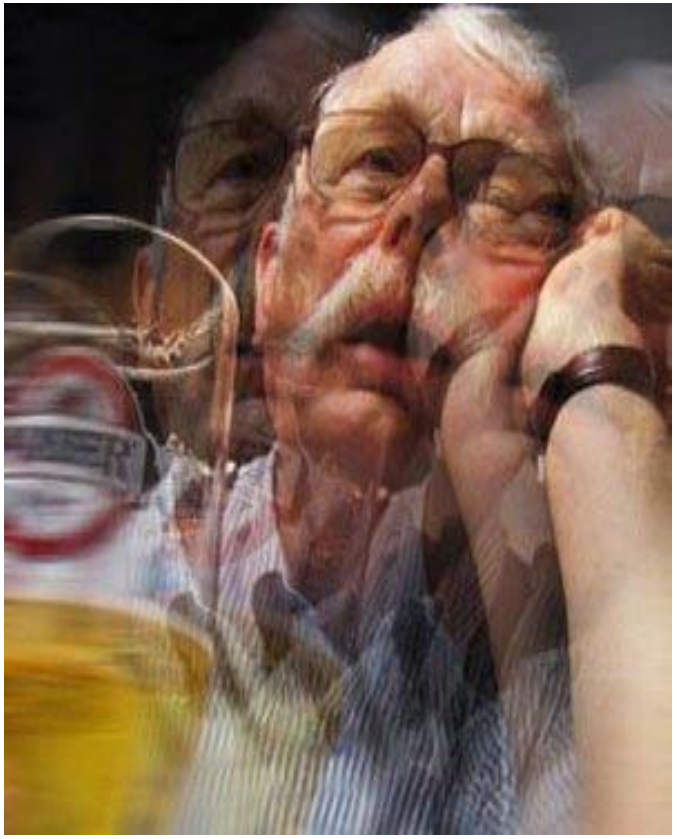
- ✓ *В России доля лиц старше трудоспособного возраста увеличится* с 2016 по 2025 год с 21,6% до 24% (39,9 млн)

- ✓ **Рост продолжительности жизни** *населения - с 67,61 лет в 2007 году до 70,93 года в 2014 году; а в 2015 году* – **исторический максимум 71,39 года**

- ✓ *В 2007 году на 1000 человек трудоспособного возраста приходилось* **330 чел** *старше трудоспособного возраста, на начало 2015 года -* **412 чел.**

АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Население России – 14 млн.чел.
старше 65 лет – более 15 млн.
старше 60 лет – 28 млн.



Российские ученые считают, что алкогольная зависимость в пожилом возрасте настигает десятую часть пожилых людей - **2 500 000**

История потребления алкогольных напитков

Чистый спирт впервые получили арабы в начале VII века. Само слово ***«алкоголь»*** арабского происхождения, в переводе означает **«одурманивающий».**

В Западной Европе изготовлять крепкий алкоголь научились в средние века путем возгонки вина.

Легенда гласит: впервые приготовил и выпил такой напиток монах **алхимик Валентиус.** Протрезвев после сильного алкогольного опьянения, он заявил, что открыл чудесное средство, **«которое делает из старика юношу и прибавляет бодрости и сил».**

Можно сказать, что именно с этого момента начинается активное распространение алкоголя по остальным странам.

Причины алкогольной зависимость у пожилых людей

1. Одиночество, потерянность, ощущение ненужности, отсутствие работы; нарастающая изоляция от окружающего мира, сужение поля социальной активности

2. Неудовлетворительные условия жизни – небольшая пенсия, рост цен и коммунальных платежей

3. Накопленная усталость, неспособность противостоять жизненным проблемам; нарастание консервативно-охранительных тенденций в мировоззрении и поведении

4. Возраст, болезни, потеря жизненных целей, как результат - потеря себя.

Особенности клиники алкоголизма у пожилых людей

Серьезное ухудшение здоровья. К возрасту старше 60 лет у наших пациентов 4-6 и более соматических заболеваний.

Большие трудности в разграничении:

- переход злоупотребления алкоголем в хронический алкоголизм;
- резкое усиление прогридиентности имеющейся зависимости от алкоголя.

Можно выделить две группы:

1 группа – у таких пациентов заболевание начинается значительно раньше и лишь выявляется в пожилом возрасте. Течение и прогноз не отличаются от закономерностей, характерных для обычного течения алкогольной зависимости.

2 группа – истинная поздняя алкогольная зависимость – тут более благоприятнее течение и социальная сохранность.

Особенности клиники алкоголизма у пожилых людей

Особенности алкоголизма в пожилом возрасте состоят и в том, что обычно рядом нет близких людей, способных оказать поддержку.

Выходом могло бы стать полезное, интересное дело, любая работа или просто огород. Главное, чтобы появился смысл жизни.

Очень часто – употребляют алкоголь в одиночку.

Сочетают его прием с приемом снотворных препаратов, анальгетиков, транквилизаторов.

Особенности клиники алкоголизма у пожилых людей

Темп формирования – стадии – формируются быстрыми темпами.

- Патологическое влечение в позднем возрасте редко проявляется выраженными психопатологическими чертами и имеет «сенильную» окраску.

Больные крайне назойливы, тревожны, хлопотливы, докучают персоналу и врачам многочисленными жалобами на соматическое состояние.

- Мотивы употребления алкоголя: боли и бессонница.

Особенности клиники алкоголизма у пожилых людей

- Употребляют малые дозы алкоголя, прием алкоголя долго может носить нерегулярный характер.
- Толерантность растет очень медленно. Нет защитных реакций в виде рвотного рефлекса (угас в силу возраста).
- Запои – редкие и непродолжительные.
- Ремиссии напротив продолжительнее, чем у молодых.

Особенности клиники алкоголизма у пожилых людей

- Абстинентный синдром формируется за 1-4 года, быстро нарастают изменения личности.

- Абстинентный синдром часто бывает затяжным. Психопатологически преобладают депрессии и астении, «брюзжащая дисфория». Часто присоединяется ипохондрические включения – «все болит», дискомфорт и беспокойство без брутальности.

- Характерна упорнейшая бессонница.

- Алгический компонент в определенной степени редуцирован, но протрагирован по сравнению с течением абстинентного синдрома у лиц более молодого возраста.

Особенности клиники алкоголизма у пожилых людей

- **Страдающие алкоголизмом люди пожилого возраста не отличаются агрессивностью, отмечается значительно более низкая импульсивность поступков, чем у пациентов, чья алкогольная зависимость возникла в молодости.**

- Высокая степень отягощенности соматоневрологической патологией приводит к достаточно быстрой алкогольной деградацией личности, что обуславливает утрату критичности и высокую степень анозогнозии.

- Прогноз течения алкогольной зависимости неблагоприятный. Как правило - не доживают до 3 стадии.

- Алкоголизм у пожилых людей отличается относительно благоприятным течением. Больных сдерживает страх за здоровье, тяжелое похмелье.

- Редко - галопирующее течение алкоголизма у стариков. Нарастающая цереброваскулярная недостаточность в сочетании с токсическом действием алкоголя и алиментарной недостаточностью зачастую приводит к быстрому формированию корсаковского синдрома разной степени выраженности.

ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

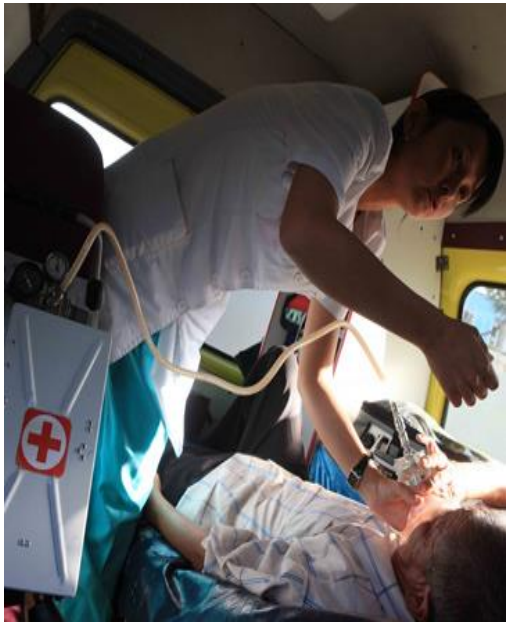
ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ (трудности)

- «Кодирование» не работает, медикаменты дают временный эффект.
- Необходимость постоянного контроля за соматическим и неврологическим состоянием пожилого человека.
- Многие пациенты и члены их семей воспринимают употребления алкоголя как «последнее доступное удовольствие», поэтому они менее мотивированы на изменение своего стиля жизни и поведения по укреплению здоровья, потому что они воспринимают свои физические ограничения как неизбежный компонент старения.
- Лечение неотложных наркологических состояний целесообразно проводить в отделениях психосоматического или реанимационного профиля. Необходимо постоянно контролировать соматическое и неврологическое состояние больного.
- Необходимо крайне осторожно использовать нейролептики и некоторые антидепрессанты.

ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ (трудности)

Основные принципы, которые позволяют повысить эффективность лечения - это конструктивное сотрудничество врача и больного.

Профилактика инфекций, поддержание гидратации, контроль за биохимическими показателями крови, АД, пульсом, температурой тела.



По возможности, необходимо разрешить пациенту свободно двигаться и даже ходить при условиях надлежащего контроля и ухода. Обеспечить доступ к часам и календарям. Минимизировать воздействие различных раздражителей (света, шума, телевизора, радио), особенно ночью.

Важный принцип терапии — дифференцированный подход. Это значит, что препараты, дозы и режимы их введения подбираются очень индивидуально.

Дисульфирам может быть противопоказан, так как оказывает дополнительную нагрузку на сердечно-сосудистую систему. Или применять с очень большой осторожностью, строго соблюдая рекомендации по применению.

Рекомендуемые к использованию в наркологической практике антипсихотики

1. Тиоридазин (сонапакс) (10 мг, 25 мг), купирование тревожно-депрессивных и астено-депрессивных расстройств.

Дозозависим: - в малых дозах оказывает активирующее действие (10 мг),

- при повышении дозы (выше 25 мг) - седативное действие (купирует психопатоподобные проявления с раздражительностью и возбудимостью).

2. Галоперидол – амп. и табл. (0,5 – 1,0 мг в сутки). Купирует алкогольные психозы, купирует болевой синдром при алкогольном абстинентном синдроме.

3. Сульпирид (Эглонил) амп. и табл.

4. Тиапридал – оказывает выраженное противотревожное, анальгезирующее действие. Не метаболизируется в печени.

5. Хлорпротиксен (труксал) – транквилизирующее, антипсихотическое, антидепрессивное действие, применяется для профилактики рецидивов зависимости – не более 25-30 мг в сутки.

Эглонил (сульпирид)

Группа – замещенные бензамиды:

Выраженный тимоаналептический эффект (антидепрессивный и активирующий) в низких дозах (50-400 мг/сут.)

Антипсихотический эффект в высоких дозах (>600-800 мг/сут.)

Выраженный противотревожный эффект.

Прокинетический эффект в отношении ЖКТ.

Отсутствие печеночного метаболизма.

Отсутствие взаимодействия с серотониновыми, мускариновыми, гистаминовыми, адренергическими рецепторами (антидопаминергическое действие)

Безопасность эглонила в терапии болезней зависимости

Сульпирид обладает хорошей переносимостью из-за отсутствия холинолитического и адренолитического действия.

Применение сульпирида не сопряжено с риском развития сердечно-сосудистых осложнений и фармакогенных психозов.

Отсутствие влияния сульпирида на функции печени делает возможным его применение при сопутствующей печеночной патологии (токсическое поражение печени, вирусные гепатиты.

Сульпирид ослабляет патологическое влечение к ПАВ, поведенческие и аффективные расстройства, вегетативные проявления синдрома отмены и болевые ощущения.

Как назначать Эглонил

- На начальном этапе, для ускорения развития терапевтического эффекта 200 мг/сут.,(пожилые 50 – 100) парентерально в течение нескольких дней – не дольше 7-10

- После этого возможно применение Эглонила в форме таблеток, по 100-200 мг/сут., до достижения оптимального клинического эффекта – не дольше 3 недель

Лучше использовать капсулы по 50 мг и применять в первой половине дня

Тиапридал

Меньше выраженных экстрапирамидных расстройств (в отличие от типичных антипсихотиков).

Не метаболизируется в печени, не обладает гепатотоксичностью.

Незначительно влияет на артериальное давление и не вызывает коллаптоидных состояний.

Не вызывает повышения внутриглазного давления и задержки мочи.

Не взаимодействует с другими лекарственными средствами, что позволяет применять его в составе комплексной терапии психических и соматических заболеваний.

Обладает выраженным анальгезирующим действием.

Тиапридал в терапии пациентов пожилого возраста

Терапия Тиапридалом не сопровождалась:

- *Сердечно-сосудистой декомпенсацией*
- *Активизацией двигательного беспокойства*
- *Дизурическими явлениями*

27 пациентов, средний возраст 77,3 лет

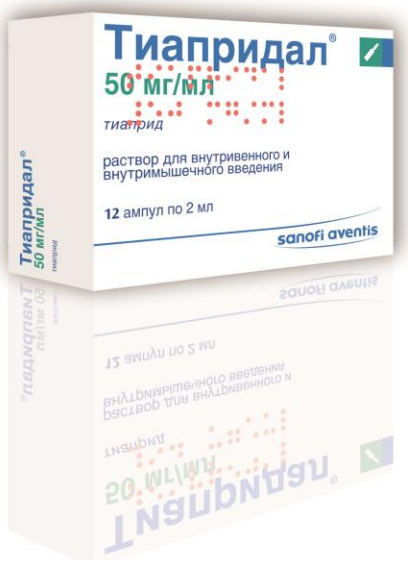
**Лиманкин О.В., Круглов Л.С. С соавт.: Опыт применения Тиапридала в отделениях позднего возраста психиатрического стационара., 2017*

Как назначать Тиапридал

- ***Купирование психомоторного возбуждения и агрессивных состояний:***
- *У взрослых:* 200 – 300 мг в сутки в течение 1-2 месяцев
- ***У пациентов пожилого возраста доза 200мг в сутки должна достигаться постепенно***

(в/м 50 мг 2 -3 раза в сутки с 6 часовым интервалом – до 7 дней)

- Лечение таблетированным препаратом следует начинать с дозы 50 мг 1раз в сутки.
- Средняя доза у пациентов пожилого возраста, составляет 50-100 мг в сутки, а максимальная доза – 200 мг в сутки – не дольше 2-3 нед



Рекомендуемые к использованию в наркологической практике ноотропы

Лекарственное средство	Показания	Дозы и применение
Пирацетам	Явления астении, интеллектуально-мнестические нарушения психической деятельности, патологическое влечение при алкогольной зависимости	Разовая доза 400–1200 мг Средняя суточная 2400–3200 мг
Церебролизин	Явления алкогольной энцефалопатии	Только *парентерально*: *в/м* 1–5 мл, *в/в* 10–60 мл. Курс ежедневно в течение 4 недель
Этилметилгидроксипиридина сукцинат **(мексидол, мексиприм)**	Алкогольный абстинентный синдром, синдром зависимости от алкоголя, период ремиссии – алкогольные энцефалопатии (Мембраностабилизатор, антиоксидант, стрессопротектор, анксиолити)	125 мг-250 мг в табл. До 2 месяцев До 400 – 600 мг парентерально – до 7 дней

Витамины и ионсодержащие препараты

Оправдано использование в терапевтических программах магния сульфата в дозе 1-2 г (5-10 мл 25% раствора) внутривенно и внутримышечно даже при нормомагниемии.

Магне-B_6, обладает высоким вегетостабилизирующим эффектом, влияет на неврологическую симптоматику в рамках алкогольного АС и при периферической полинейропатии. Рекомендованные дозы для больных с алкогольной зависимостью — по 1 таблетки 2 раза в день, курс — до 30 дней.

В лечении АС обязательно применение **витаминов группы В, С.**

Назначают растворы:

- **тиамина хлорида 5% 2-4 мл** внутримышечно, внутривенно
- **пиридоксина гидрохлорида 5% 5-8 мл** внутримышечно, внутривенно
- **аскорбиновой кислоты 5% 5-10 мл** внутримышечно.

Парентерально витамины назначают в первые несколько суток отмены алкоголя, обычно в составе инфузионной терапии, затем назначают внутрь.

Рекомендуемые к использованию в наркологической практике антидепрессанты

Лекарственное средство	Показания	Дозы и применение
Амитриптилин	Тревожно-депрессивные состояния, ажитация, собственно депрессивные проявления при алкогольной зависимости	**25-50 мг, средняя суточная доза 50 мг**
Кломипрамин (с блоком обратного захвата серотонина) – анафранил.	Депрессивные состояния у больных с алкогольной зависимостью комплексной терапии постабстинентных расстройств зависимост. Патологическое влечение к алкоголю, проявляющееся компульсивными расстройствами и с навязчивостями	75-250 мг, средняя суточная доза 75-150 мг
Пипофезин (ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина) – азафен	Аффективные нарушения легкой и умеренной степени выраженности с преобладанием тревоги у больных с алкогольной зависимостью.	50-200 мг, средняя суточная доза – 75-150 мг
Тразодон (Триттико)	Неглубокая алкогольная депрессия. В комплексной терапии постабстинентных расстройств при зависимости. Диссомнические расстройства.	**50-300 мг, средняя суточная доза 150 мг**

Рекомендуемые к использованию в наркологической практике антидепрессанты

Пароксетин (СИОЗС)	Депрессивные состояния обсессивно-компульсивного, фобического и тревожного характера у больных с алкогольной зависимостью	10-60 мг, средняя суточная доза 10-20 мг
Сертралин **(СИОЗС, незначительно влияет на обратный захват норадр и дофамина) – (золофт)**	Депрессивные состояния ипохондрического, обсессивно-фобического и тревожного характера у больных с алкогольной зависимостью.	25-200 мг, средняя суточная доза 25-150 мг
Флуоксетин (СИОЗС)	Депрессивные, обсессивно-фобические и компульсивные расстройства у больных с алкогольной зависимостью. Патологическое влечение к алкоголю.	20 мг. Максимальная доза – 80 мг
Циталопрам	Комбинированная терапия алкогольной зависимости. Алкогольная депрессия с тревогой, обсессивными и ипохондрическими расстройствами.	**20 мг.** **Максимальная доза – 40 мг**

ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Медикаментозная терапия рассматривается как вспомогательная

Ведущее в лечении - психотерапевтические методы – семейная и когнитивно-поведенческая терапия.

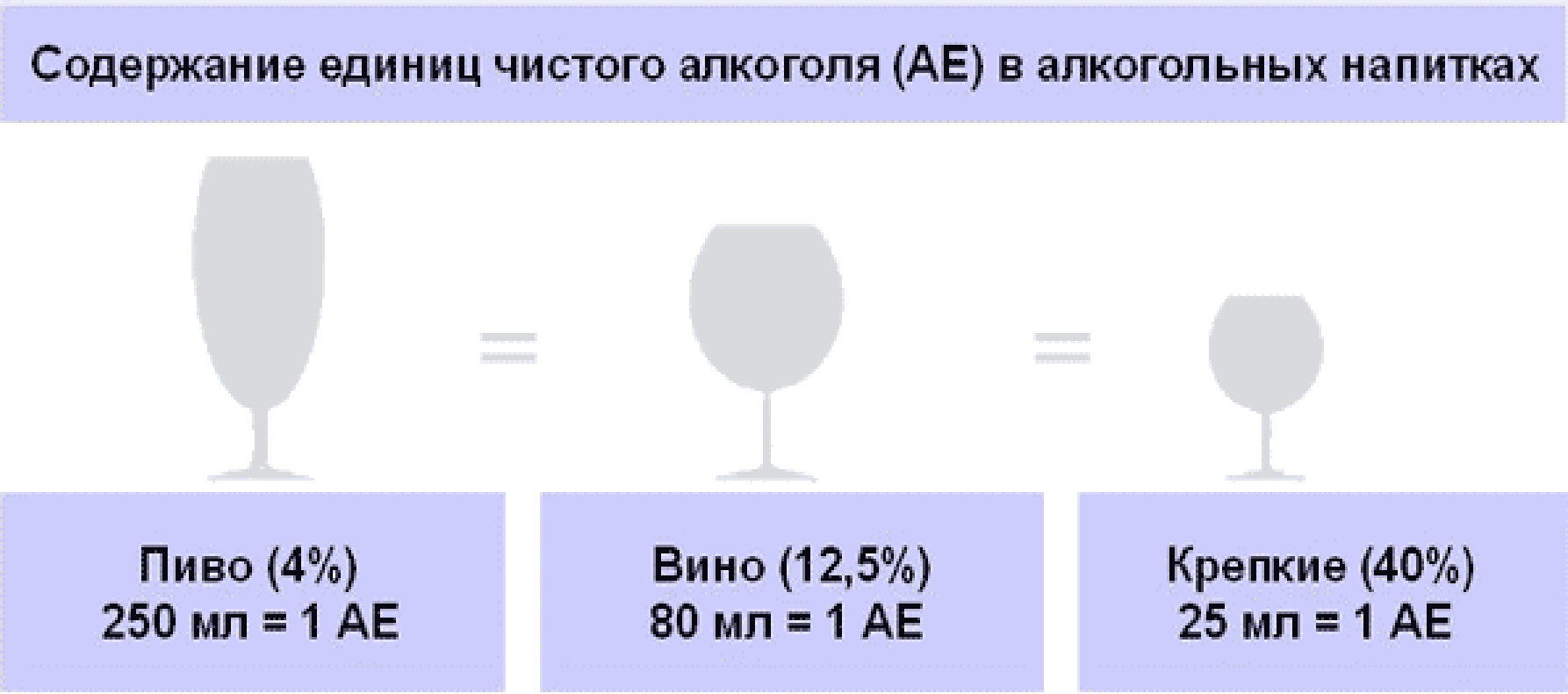
1. Поддержка, работа с сопротивлением, указание на алкогольную проблему;
2. Приведение аргументов по поводу ухудшения здоровья и росту других осложнений в связи с проблемой;
3. Конкретные советы по снижению и отказу от алкоголя;
4. Образовательные материалы (фильмы, брошюры) о последствиях злоупотребления алкоголем;
5. Назначения даты следующего приема для оценки динамики процесса и принятия решения о необходимости терапевтического лечения.

Необходимо привлекать к работе с пожилыми зависимыми специалистов по социальной работе и организации на амбулаторном этапе не только медикаментозного лечения, но и социального патронажа.

Стандартная алкогольная единица

Стандартная, или алкогольная, единица – это мера содержания чистого спирта в напитке. Обычно она выражается в граммах спирта в напитке и позволяет сравнивать алкогольные напитки в различных упаковках.

Стандартная единица определена как **10 грамм чистого спирта**, то одна порция напитка, содержащая примерно 10 грамм чистого алкоголя, содержит одну алкогольную единицу - стандартную дозу.

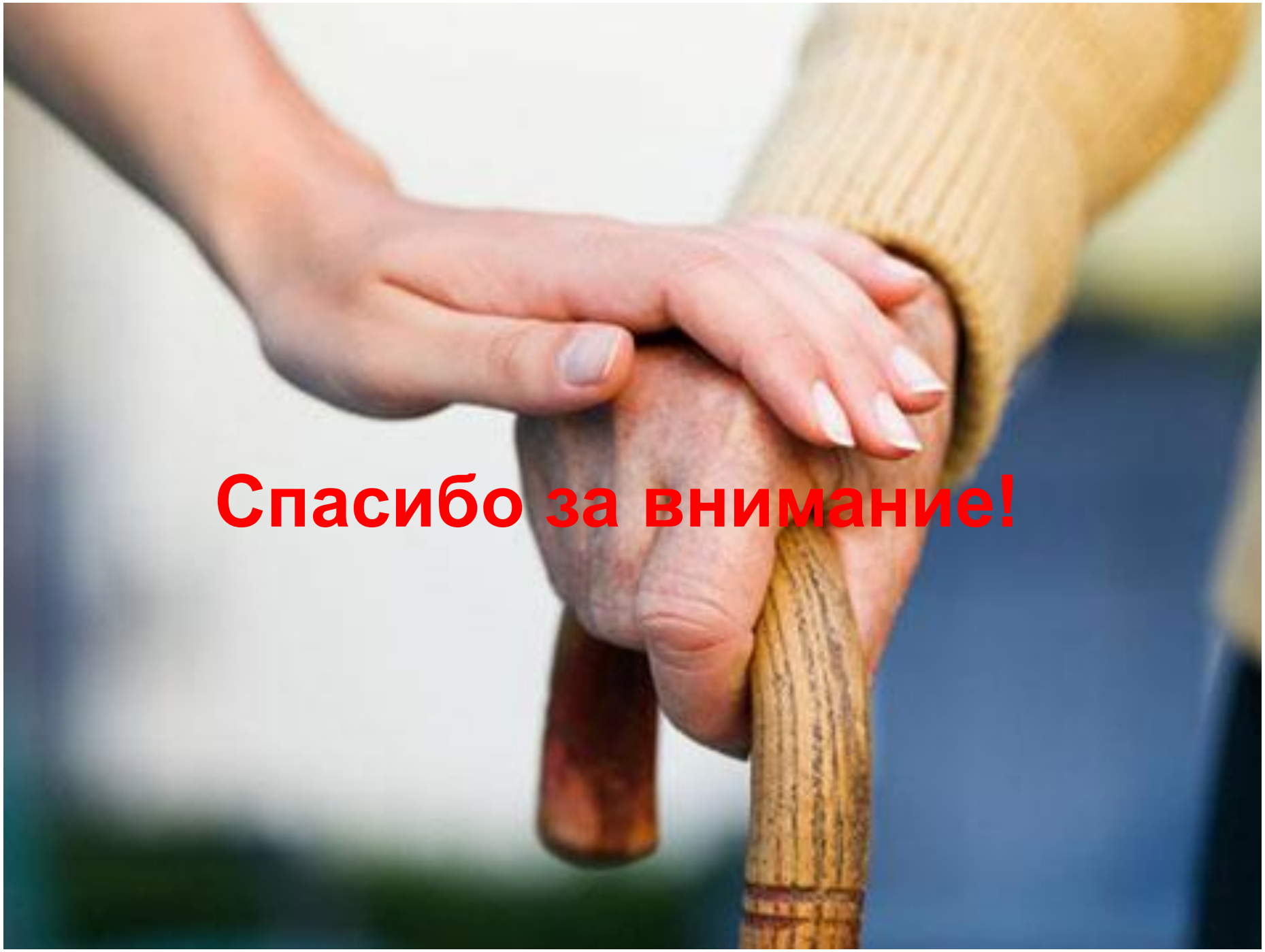


Стандартная алкогольная единица

Употребление алкоголя с низким риском для здоровья

Для мужчин	**Для женщин**
Не более **17 СД в неделю**	Не более **10 СД в неделю**
Не более 3-4 доз в день	Не более 2 доз в день

Не менее 2 дней полной трезвости в неделю для мужчин и женщин


Спасибо за внимание!