

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИХ ЛЕЧЕНИЯ

В. Лопатин¹,
Т. Лопатина²,

Л. Максимова³, кандидат медицинских наук

¹Красноярский краевой наркологический диспансер №1

²Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

³НИИ цитохимии и молекулярной фармакологии, Москва

E-mail: Lopatinatan@mail.ru

Отражены особенности социального статуса пожилых больных, страдающих хроническим алкоголизмом. Описаны наиболее выраженные симптомы заболевания, фоновые состояния, особенности лечения и принципы реабилитации.

Ключевые слова: неврология, хронический алкоголизм, типы пьянства, типы влечения к алкоголю, реабилитация, глицин.

Впервые алкоголизм в России назван вопросом угрозы безопасности нации в 90-е годы XX века, когда алкоголизация в стране достигла 22,7% [8]. Распространенностью алкоголизма определен его приоритет в рейтинге социальных проблем и обусловлены черты социальной эпидемии. В связи с высокой заболеваемостью алкоголизмом и социальным характером проблемы необходимо постоянно совершенствовать меры профилактики заболевания, лечения больных и их реабилитации [1, 9].

Среди пациентов с впервые установленным диагнозом алкоголизма больше всего молодых людей 20–39 лет (48,1%) и лиц 40–59 лет (44,1%). Именно им уделяется много внимания, так как это – наиболее работоспособная и социально активная категория граждан [2–5]. Много исследований посвящено особенностям течения раннего алкоголизма и алкоголизма у женщин. По данным литературы, пожилые больные алкоголизмом (старше 60 лет) составляют около 5% всех больных, и им требуется особое внимание, однако проблемы пожилых людей, страдающих алкоголизмом, отражены в литературе явно недостаточно.

Среди этих больных выделяют 2 группы: а) больные, страдающие алкоголизмом с молодого или среднего возраста; б) больные, у которых алкоголизм развился лишь в пожилом возрасте, обычно – после выхода на пенсию [4].

Алкоголизм, развивающийся в позднем возрасте – после 45–50 лет – имеет особенности [3, 4]. К этому времени, как правило, анамнез больного отягощен рядом соматических заболеваний: атеросклерозом, сердечно-сосудистой недостаточностью, нарушениями обмена веществ, инволюцией желез внутренней секреции. Перечисленные факторы нередко отягощают клиническую картину алкогольного заболевания. В пожилом возрасте алкоголизм развивается быстрыми темпами, за 3–4 года заболевание проходит все стадии, протекает более злокачественно и характеризуется неблагоприятным

прогнозом. Считается, что у пожилых больных чаще встречаются судорожные припадки и психозы, их состояние часто отягощается черепно-мозговыми травмами и возрастными нарушениями психики.

Для алкоголизма в пожилом возрасте характерно запойное пьянство, часто – в виде циклических запоев [4, 6, 7]. Необходимо отметить, что в ряде случаев, несмотря на наличие соматических заболеваний, у таких пациентов сохраняется высокая толерантность к алкоголю, они употребляют большие дозы спиртных напитков и суррогатов алкоголя. Плохой прогноз обусловлен еще и тем, что в связи с сопутствующими соматическими заболеваниями этим больным противопоказана активная антиалкогольная терапия. Из приведенной информации можно заключить, что течение алкоголизма в пожилом возрасте отличается большей злокачественностью. Однако на практике наблюдаются явления, не соответствующие этому выводу.

Авторы поставили перед собой цель – выяснить особенности течения алкоголизма в пожилом возрасте и определить особенности лечения и реабилитации таких пациентов.

Исследование проводилось на базе Красноярского краевого наркологического диспансера №1. Выполнена выкопировка из медицинской документации Ф003/у «Медицинская карта стационарного больного». Истории болезни отбирали случайным образом. Всего проанализировано 48 историй болезни, в том числе 74% – историй болезни мужчин старше 60 лет и 26% – женщин старше 55 лет.

Заболеваемость хроническим алкоголизмом в Красноярском крае составляет 1062,1 на 100 тыс. населения, что ниже среднестатистического показателя по РФ (1335,1 на 100 тыс. населения). Отличается от таковой в целом по РФ и возрастная структура больных; так, лица, старше 60 лет составляют 9% (по РФ – 4–5%).

Средний возраст изученных пациентов – 62,6 года (мужчин – 63,4 года, женщин – 60,4 года).

В среднем курс лечения продолжался 12,9 дня, у мужчин – 12,1 дня, у женщин – 13,8 дня. Продолжительность лечения пожилых больных была на 1,2 дня короче, чем лиц других возрастных категорий; 47% изученных больных были первичными, 53% – повторными. Средний срок диспансерного наблюдения в связи повторными госпитализациями – 7,5 года. Около половины больных (41%) госпитализируются 1–2 раза в год, 12% – >3 раз в год, причем 1 пациент госпитализировался >17 раз. Средняя продолжительность заболевания – 16,7 года.

Светлые промежутки до 1 мес отмечены у 45% больных, до 6 мес – у 27%, до 1 года – у 9%. Алкогольный эксцесс в течение 1–2 нед наблюдался у 57% больных, в течение 3–4 нед – у 25%, >1 мес – у 4%.

В стационар службой скорой медицинской помощи доставлены 57% больных, по направлению участкового нарколога госпитализированы 28%, самостоятельно обратились в стационар 15%. Псевдозапойный тип пьянства отмечен у 94% пациентов, запойный – у 4%, постоянный – у 2%. Компulsive влечение к алкоголю констатировано у 96% больных, obsessive – у 2%, отсутствие влечения – у 2%.

Высшее образование имеют 19% пациентов (мужчины), среднее профессиональное – 40% мужчин и 31% женщин, основное общее образование – 10%.

На момент поступления в стационар 98% не работали; 66% пациентов проживают в городе, 25% – сельские жители, 9% относятся к категории без определенного места жительства (БОМЖ).

В семьях проживают 68% больных, но все женщины – незамужние, причем 82% – вдовы.

Таким образом, можно составить социальный портрет пожилого больного алкоголизмом: это мужчина, проживающий в семье, имеющий профессиональное образование и ранее стабильную работу, но в последние 5–7 лет находящийся на пенсии.

В подавляющем большинстве случаев больные поступали в тяжелом состоянии, 30% находились в палате интенсивной терапии. Наиболее частый диагноз (28% случаев) – синдром отмены алкоголя средней степени тяжести. Диагноз синдрома отмены алкоголя тяжелой степени установлен у 24% пациентов, синдрома отмены алкоголя с делирием – у 18%, синдрома отмены алкоголя с судорожным припадком – у 13%, алкогольного психического расстройства, преимущественно галлюцинаторного – у 13%, синдрома отмены алкоголя с судорожными припадками и делирием – у 2%, шизофреноподобного бредового расстройства в связи с органическим поражением головного мозга сочетанного генеза (предположительно инфекционного, атрофического и токсического) – у 2%.

Соматические нарушения выявлены у 70% больных, неврологическая симптоматика в виде алкогольной энцефалопатии – у 37%, полинейропатии – у 9%, полиорганная патология – у 41%.

Несмотря на то, что сопутствующая патология у лиц данной возрастной категории выявляется в большинстве случаев, ее частота ниже ожидаемой. Косвенно это указывает на эффективность медикаментозной терапии и реабилитационных мероприятий у больных, у которых заболевание сформировалось в более раннем возрасте (см. таблицу).

Пожилые больные получают квалифицированную стационарную помощь при каждом обострении заболевания. В первые несколько суток проводится инфузионная терапия солевыми растворами. Эффективно применение реамберина. Антиоксидантные и антигипоксические свойства препарата, а также его умеренное диуретическое действие позволяют быстро улучшить общее состояние пациентов. Продолжительность лечения реамберином в зависимости от тяжести состояния – 2–3 дня. Больные получают также большие дозы транквилизаторов бензодиазепинового ряда, внутривенно – раствор сульфата магния, витамины группы В внутримышечно. Пожилым больным не показаны нейролептики в связи с наличием большого количества побочных эффектов.

С 1-го дня госпитализации на фоне дезинтоксикационной терапии проводится лечение сопутствующих соматических заболеваний. После улучшения общего состояния

пациентам назначают ноотропные препараты с седативным эффектом; препаратами выбора являются фенибут и глицин. Не менее важный аспект метаболического действия глицина – его способность к прямой неспецифической конъюгации ксенобиотиков, каким является для организма алкоголь [10]. При их взаимодействии образуются менее токсичные метаболиты, и таким образом уменьшается его действие на организм. По показаниям назначают ноотропные препараты со стимулирующим эффектом (пиррацетам). При наличии депрессивной симптоматики показаны антидепрессанты, которые больные продолжают принимать после выписки из стационара.

С 8–10-го дня стационарного лечения под контролем клинических анализов крови при отсутствии грубой патологии предписывается прием антиалкогольного препарата дисульфирама. Медикаментозное лечение сочетается с физиотерапией и психотерапией.

Больных выписывают с рекомендациями продолжить лечение в амбулаторных условиях. В основе медико-социальной реабилитации пожилых пациентов с алкоголизмом – соблюдение ее основных принципов: этапность и преемственность, комплексность, непрерывность, доступность [9].

После выписки пациенты пожилого возраста более регулярно посещают участкового психиатра-нарколога, чем больные других возрастных категорий. У пожилых пациентов выражена приверженность лечению, они длительно получают общеукрепляющую терапию и гепатопротекторы. Поскольку у них часто выявляется алкогольная энцефалопатия, актуально применение метаболических препаратов, улучшающих обменные процессы в клетках мозга. В период реабилитации препаратом выбора является глицин, который назначают повторными курсами по 30 дней. Глицин повышает социальную адаптацию [11], что имеет особое значение у пожилых больных, страдающих хроническим алкоголизмом. Положительный эффект отмечается уже после 2–3 курсов лечения. Сублингвальное применение, доступная цена позволяют назначать его пациентам с любым уровнем достатка, что немаловажно при лечении людей пожилого и старческого возраста.

Будучи заменимой аминокислотой и обладая короткоцепочечной молекулой, глицин участвует во многих метаболических процессах: через серин – в синтезе триптофана, который, в свою очередь, задействован в синтезе серотонина и мелатонина [12]. Таким образом, эта аминокислота принимает участие в лечении алкогольной зависимости, купирует абстинентный синдром, влияет на биологические ритмы и общее настроение, помогает контролировать поведение больного [13].

Хроническому алкоголизму часто сопутствуют различные эмоциональные нарушения, такие как раздражительность, агрессия, низкая устойчивость к стрессу, тревожность, депрессия вплоть до суицидальных мыслей. Глицин способствует снижению выраженности этих симптомов и в целом улучшает эмоциональное состояние. Также Глицин нормализует фазы сна, что помогает увеличить его общую продолжительность и положительно сказывается на качестве [13].

В заключение необходимо отметить, что у пожилых больных, страдающих алкогольной зависимостью, темпы разви-

Фоновые заболевания у пожилых больных алкоголизмом

Патология	Частота, %
Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы	43
Хронические заболевания печени (неинфекционной этиологии)	54
Хроническая патология органов дыхания (неинфекционной этиологии)	35
Токсическая нефропатия	26
Сахарный диабет	2
Хронический панкреатит	32
Туберкулез	11

тия заболевания более медленные, а течение более благоприятное, чем у больных других возрастных групп. Много лет они злоупотребляют алкоголем без формирования полиорганной патологии и выраженных алкогольных изменений личности. Пожилые больные не способны улучшить качество собственной жизни, но социальная деградация у них формируется медленнее.

Литература

1. Барденштейн Л.М., Герасимов Н.П., Можгинский Ю.Б. и др. Алкоголизм, наркомании, токсикомании. Учеб. пособие / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007; 55 с.
2. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.Д. Алкогольная зависимость: Формирование. Течение. Противорецидивная терапия / СПб: ЭЛБИ-СПб, 2002; 189 с
3. Гофман А.Г. Клиническая наркология / М.: Миклош, 200; 215 с.
4. Надеждин А.В. Возрастные особенности наркологических заболеваний. Руководство по наркологии. Под ред. Н.Н. Иванца. Т. 1 / М.: Медпрактика-М, 2002; с. 408–22.
5. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. Руководство для врачей / М.: Медицина, 2002; 256 с.
6. Разводовский Ю.Е. Медико-социальные аспекты алкоголизма / Гродно, 2005; 128 с.
7. Руководство по психиатрии. Под ред. А.С. Тиганова. Т. 2 / М.: Медицина, 1999; 784 с.
8. Короленко Ц.П., Завьялов В.Ю. Личность и алкоголизм / Новосибирск: Наука, 1998; 165 с.
9. Кулагин А.В. Научные основы создания системы реабилитации лиц с различными формами зависимости (никотиновая, алкогольная, наркомания, токсикомания) и медико-экономические оценки ее эффективности. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб, 2005; 21 с.
10. Селин А.А., Лобышева Н.В., Нарциссов Я.Р. Механизм действия глицина как протектора нарушения энергетики тканей мозга в условиях гипоксии // Бюлл. экспер. биол. и медицины. – 2012; 153 (1): 52–5.
11. Григорова О.В., Ромасенко Л.В., Вазагаева Т.И. и др. Эффективность терапии тревоги у пациентов, страдающих расстройством адаптации, на модели терапии глицином с учетом плацебо-реактивности // Рос. психиат. журн. – 2012; 4: 45–52.
12. Комиссарова И.А., Нарциссов Я.Р. Молекулярные механизмы действия лекарственного препарата Глицин // Terra Medica nova. – 2001; 1: 23–5.
13. Потупчик Т., Веселова О., Эверт Л. и др. Спектр фармакологических эффектов глицина // Врач. – 2015; 12: 14–7.

SPECIFIC FEATURES OF CLINICAL COURSE AND TREATMENT OF ALCOHOLISM IN ELDERLY PATIENTS

V. Lopatin¹; T. Lopatina²; L. Maksimova³, Candidate of Medical Sciences

¹Krasnoyarsk Regional Narcology Dispensary One

²Prof. V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University

³Institute of Cytochemistry and Molecular Pharmacology, Moscow

The paper reflects the characteristics of the social status of elderly patients with chronic alcoholism. It describes the most pronounced symptoms of the disease, the background conditions, the specific features of treatment, and the principles of rehabilitation.

Key words: neurology; chronic alcoholism; types of hard drinking; types of alcohol craving; rehabilitation.