

Влияние возрастного фактора на клинику наркологических заболеваний

НАДЕЖДИН А.В. к.м.н., руководитель отделения коммуникационных технологий
ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы»
109390, г. Москва, ул. Люблинская д. 37/1

Представлены данные о влиянии возрастного фактора на клиническую картину болезней зависимости. Подчеркивается важность изучения наркологической патологии у детей и лиц пожилого возраста в связи с их высокой уязвимостью к неблагоприятным факторам в плане психического и соматического здоровья. Показано, что подростковый возраст является фактором риска приобщения к потреблению табака, алкоголя и наркотиков, а улучшение условий жизни и качества медицинской помощи населению приводит к увеличению доли больных пожилого и старческого возраста, страдающих химической зависимостью. Сделан вывод о целесообразности дальнейшего изучения особенностей наркологических заболеваний в различных возрастных группах и необходимости разработки дифференцированных лечебных подходов.

Ключевые слова: *возрастные особенности, наркологические заболевания, клиника, лечение, патоморфоз, дети, подростки, несовершеннолетние, пожилые, старики*

Введение

Возраст является важнейшим фактором, оказывающим существенное влияние на клиническую картину и течение наркологических заболеваний. Выделяются календарный возраст — продолжительность от момента рождения до настоящего момента времени и биологический возраст, или возраст развития, который определяется отклонением индивидуальных особенностей развития организма от средних показателей популяции [4]. С.С. Корсаков писал: «Всякий возраст обуславливает особую для каждого периода жизни неустойчивость и ранимость, вследствие чего, с одной стороны, болезненные явления вызываются причинами, особенно сильно действующими именно в данном возрасте, а с другой, и картина болезни изменяется соответственно возрасту» [цит. по 16]. Традиционно возраст рассматривается в качестве патопластического фактора, влияющего на клиническую картину и течение психической патологии, включая различные формы зависящего поведения, но если речь идет о возрастнo-специфической патологии, то возраст может быть рассмотрен и как патогенетический фактор. Э.Я. Штернберг [18] дал следующее определение понятию «возрастной фактор» применительно к клинической картине психических болезней: «В клинической практике мы говорим о возрастном факторе для условного обозначения сложного комплекса патогенетических факторов, в котором биологические процессы онтогенетического развития, типичные для каждого возраста, формы и ступени организации психической деятельности, а также особые социальные и межчеловеческие отношения неразрывно друг с другом связаны. Поскольку в сфере клинических явлений мы всегда встречаемся

с опосредованными результатами взаимодействия этих факторов, их обобщенное обозначение «возрастной фактор» представляется нам допустимым» [18]. Его влияние в периоды онтогенеза, характеризующиеся интенсивными физиологическими изменениями, обуславливает некоторое отличие клинических картин в детстве и старости от их репрезентации в зрелом возрасте.

Важность изучения особенностей наркологической патологии у детей и лиц позднего возраста обосновывается высокой уязвимостью этих контингентов к неблагоприятным в плане психического здоровья факторам. В случае детей и подростков злоупотребление ПАВ обуславливает их социально-экономическую неуспешность, а в случае лиц пожилого возраста — существенно увеличивает бремя государства на их медицинское и социальное обеспечение. В случае с пожилыми людьми необходимо также принимать во внимание глобальное постарение населения. В подавляющем большинстве стран доля людей в возрасте старше 60 лет растет быстрее по сравнению с другими возрастными группами в результате увеличения ожидаемой продолжительности жизни и из-за снижения коэффициентов рождаемости. Так, по данным Росстата, ожидаемая продолжительность жизни в нашей стране повысилась с 65 лет в 1993 г. до 70 лет в 2014 г. [12]. По данным Всемирной организации здравоохранения, к 2050 г. 2 млрд людей в мире достигнут возраста 60 лет и старше, 25—30% людей в возрасте 85 лет и старше имеют снижение когнитивных способностей [3].

В стратегическом документе «Каковы возможные ответные меры систем здравоохранения в связи со старением населения?», подготовленном Европей-

ским бюро ВОЗ в 2009 г., подчеркивается, что «к числу стратегий, обеспечивающих населению здоровое старение, относятся улучшение координации услуг здравоохранения и длительного ухода и усиление профилактической работы по борьбе с ожирением, курением и психическими заболеваниями» [35]. Постоянное снижение численности когорты несовершеннолетних относительно других групп населения предъявляет особые требования к уровню их медико-социального благополучия.

В V классе МКБ-10 представлены две группы расстройств, специфичных для детского возраста: F80-F89 «Расстройства психологического развития», F90-F98 «Эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте». В подготовленной Американской психиатрической ассоциацией и опубликованной в мае 2013 г. DSM-5 отсутствует глава «Расстройства, впервые диагностируемые в младенчестве, детстве и подростковом возрасте», в которой была бы сосредоточена возрастнo-специфическая патология, но ее диагностические категории были сохранены и распределены по другим главам. Специальная глава, в которой была бы сосредоточена психическая патология, наблюдаемая преимущественно в пожилом возрасте, в действующих классификациях психических расстройств отсутствует. Патология, возникающая преимущественно в позднем возрасте, сосредоточена в разделе F00-F09 «Органические, включая симптоматические, психические расстройства».

Возрастные особенности течения наркологических заболеваний у несовершеннолетних лиц

Пристальное внимание врачей психиатров-наркологов к подростковому возрасту (от 12 до 18 лет) объясняется существующими данными, что употребление наркотиков в течение этого периода жизни связано с более серьезными нейробиологическими последствиями для личности.

Современные исследования [42] показали, что мозг подростков отличается морфологическими и функциональными особенностями от мозга ребенка и взрослого. В результате нейрогормональных изменений в гипоталамо-гипофизарно-половой системе происходит морфофизиологическое созревание, которое начинается во внутриутробном периоде и заканчивается при завершении полового созревания. Нейроэндокринная система регулирует этот процесс и определяет его начало, время, необходимое для созревания и скорость изменения. Возраст, в котором наступает половая зрелость, сильно варьирует у разных людей и зависит от генетических, этнических, расовых, психологических, социально-экономических, климатичес-

ких и географических факторов, а также от наличия или обострения заболеваний, занятий спортом, использования наркотиков и ПАВ. ЦНС претерпевает существенные изменения в период от позднего детства до подросткового возраста, и эти изменения влияют на поведение подростков и закладывают фундамент для формирования навыков решения проблем в будущем [9].

Структуры и функции мозга подвергаются доработке, необходимой для нейрокогнитивного, аффективного и социального созревания. Это изменение происходит прогрессивно от задней части мозга до фронтальной в течение нескольких лет. Затылочная доля отвечает за визуальное восприятие и его обработку. Фронтальная часть отвечает за более сложные когнитивные и эмоциональные функции, такие, как планирование, представление внешнего мира, логическое рассуждение, речь. Мозжечок связан с управлением движениями, обучением, поддержанием тела и позы, восприятием музыки и социальных навыков. Он обладает высокой пластичностью и чувствительностью к внешним раздражителям; количество его нейронов увеличивается на протяжении всего подросткового возраста [40].

Важно отметить, что миндалевидное тело, уже функционально созревшее, на фоне еще развивающейся префронтальной коры ответственно за импульсивность и поведенческие нарушения в подростковом возрасте [33]. В подростковом возрасте продолжается активное развитие белого вещества и уменьшение доли коркового серого вещества через синаптический прунинг — процесс созревания нейрональной сети, в ходе которого неэффективные элементы (синапсы, дендриты и аксоны, а вследствие этого и сами нейроны) элиминируются [32]. Увеличиваются миелинизация и устранение избыточных синаптических связей через апоптоз, что приводит к уточнению нейрональных сетей. Это, в свою очередь, усиливает оставшиеся функциональные связи. В контексте миелинизации и синаптического прунинга важно отметить различия в скорости созревания мозга в течение этого периода.

Так, различия в созревании системы мозга, участвующей в механизмах вознаграждения (обычно созревает раньше в подростковом возрасте и связана с переживанием новизны и поисков), и более поздним созреванием систем, участвующих в познавательной, эмоциональной сферах и регуляции поведения, является одной из причин уязвимости перед наркотиками, рискованным поведением и поиском новых ощущений [39, 42, 43].

Кроме того, на животных было доказано, что злоупотребление ПАВ в подростковом возрасте связано с нейробиологическими и когнитивными нарушениями, которые могут наблюдаться в зрелом возрасте.

Злоупотребление наркотиками нарушает нормальное развитие нервной системы и может вызвать большее воздействие на нейронную пластичность по сравнению со взрослыми людьми [30].

Механизмы нейробиологических нарушений, вызванных злоупотреблением ПАВ, до конца неясны, но есть предположения, что, например, регулярное воздействие тетрагидроканнабинола оказывает токсическое воздействие на нейроны и вызывает снижение количества нейрональных тел, синапсов и дендритов [20]. Также на основании метаанализа и оригинальных исследований предполагается, что длительная, хроническая экспозиция каннабиса оказывает нейротоксическое действие, особенно в областях мозга, обогащенных каннабиноидными рецепторами (например, в гиппокампе) [27, 36]. Была выдвинута гипотеза, что у ребенка, злоупотребляющего алкоголем, может нарушиться нормальный нейрогенез в подростковом возрасте, и это вызывает аномалии развития нервной системы, нарушение когнитивных функций [22, 24].

Необходимо заметить, что большинство проведенных исследований касались каннабиса и алкоголя. Относительно небольшое число работ посвящено оценке воздействия на мозг подростков других веществ (например, опиатов, кокаина, галлюциногенов). Таким образом, существует недостаток знаний о потенциале вредных эффектов ПАВ, за исключением конопли и алкоголя. Кроме того, трудно выявить некоторые причинно-следственные связи, например, вполне возможно, что уменьшение объема серого и белого вещества является нейробиологическим фактором риска для развития расстройств, способствующих употреблению ПАВ.

Р. Гудман считает, что трудно установить, в какой мере социальные и психиатрические проблемы являются последствием злоупотребления, а в какой — продолжением предшествующих потреблению ПАВ нарушений приспособления [5].

По мнению Х. Ремшмидта, коморбидность психических расстройств со злоупотреблением ПАВ у несовершеннолетних столь значительна, что требует лечения и наблюдения у детского психиатра. Рискованно ограничиваться только психологическими и социально-педагогическими мерами. Он констатирует, что психические расстройства, ассоциированные со злоупотреблением ПАВ, имеют сложный патогенез, зависят от целого ряда поддерживающих факторов и определяются свойствами конкретного вещества, его влиянием на развитие подростка, резервами организма и социальными ресурсами. В качестве основных проявлений химической зависимости этот автор указывает сдвиг в течение жизни: снижение школьной успеваемости или вообще отказ от учебы или иной конструктивной деятельности, деформацию характера, прогрес-

сирующую необязательность и амотивационный синдром. Он подчеркивает, что для терапии важен подход с позиции психопатологии развития, рассматривающий злоупотребление и формирование синдрома зависимости в связи с нормальным когнитивным и физическим созреванием. Злоупотребление ПАВ у несовершеннолетних редко встречается до 14 лет, ближе к 18 оно наблюдается значительно чаще [14].

А.Е. Личко и В.С. Битенский постулируют, что пубертатный период является фактором риска развития наркологических заболеваний. Если аддиктивное поведение начинается с подросткового возраста, риск формирования болезней зависимости оказывается высоким. С другой стороны, авторы констатируют, что отсутствуют точные и научно обоснованные данные о влиянии физиологических процессов, протекающих в пубертате. Они также придают важное значение ряду подростковых поведенческих реакций в формировании наркологических заболеваний, подчеркивая ведущую роль реакции группирования со сверстниками [8].

Термин *аддиктивное поведение* широко использовался для обозначения донозологического потребления различных ПАВ несовершеннолетними. Так, А.Е. Личко, В.С. Битенский [8] сообщают, что аддиктивным поведением (*addictive behavior*) стали называть злоупотребление различными веществами, изменяющими психическое состояние, включая алкоголь и курение табака, до того, как сформировалась физическая зависимость от них. В 1964 г. Комитет экспертов Всемирной организации здравоохранения по борьбе со злоупотреблением наркотиками предложил отказаться от термина *addiction* в пользу термина *dependence*. Тем более дефиниция термина, предлагаемая этими авторами, не предполагает паттерна потребления, движущей силой которого является сформированный синдром зависимости от ПАВ. Ни в одной из современных научных работ нет четкого объяснения, какие преимущества дает термин *аддиктивное поведение* в отличие от категории F1x.1 *Злоупотребление ПАВ с вредными последствиями*. В настоящий момент термин *аддиктивное поведение* редко используется в научной литературе.

С другой стороны, ряд авторов указывают, что для подростков термин «аддиктивное поведение», возможно, более адекватен и указывает на то, что речь идет не о болезни, а о нарушениях поведения. Лечение в этих случаях может быть направлено на дезинтоксикацию, если в этом имеется необходимость. Психотерапевтические приемы используются в целях психопрофилактики. Главное же при аддиктивном поведении — не медицинские, а воспитательные меры. Вместе с тем, в отличие от аддиктивного поведения, собственно термин *аддикция* в США используется как равнозначный зависимости. Аддикция

подразумевает рост толерантности к средству, которым злоупотребляют, постоянную озабоченность тем, чтобы его раздобыть и употребить, несмотря на предвидение пагубных последствий, а также повторные усилия прекратить злоупотребление без заметного успеха.

В ряде российских исследований показана значительная, а зачастую и ведущая роль индивидуально-типологических характеристик и личностных особенностей в развитии наркологических заболеваний [6—8]. По некоторому мнению, в наркологической клинической практике среди несовершеннолетних крайне редко были представлены четко очерченные, «ядерные» типы расстройств личности и поведения. Корректно можно говорить о наличии определенных черт характера, которые под влиянием систематического потребления наркотиков подвергались определенного рода трансформации — как вследствие непосредственного токсического воздействия вещества на мозг, особенностей психоактивного действия токсиканта, так и под влиянием формирования патологического паттерна социальной активности, направленной на обеспечение себя необходимым количеством ПАВ. Фактор наркотизации у несовершеннолетних добавлял их структуре личности определенные антисоциальные черты, приводил к постепенному углублению и утяжелению личностной патологии. В среде несовершеннолетних наркологических больных выявлено преобладание лиц с эмоционально неустойчивыми, демонстративными и тревожными чертами характера [11].

В клинической практике героиновой наркомании был отмечен факт иного переживания интоксикации у несовершеннолетних. Субъективное восприятие одурманивания у подростков менее дифференцировано, чем у взрослых; причем эта тенденция усиливается от старшего пубертатного возраста к младшему. Пациенты затрудняются в описании интоксикации, оперируют обычно предельно общими категориями, не могут вычлениить, какие именно феномены оказываются самыми притягательными. В клинических проявлениях обращает на себя внимание длительное время сохраняющийся седативный эффект от приема дериватов опия. Описанная И.Н. Пятницкой [13] так называемая стимулирующая и энергизирующая эйфория в полной мере в большинстве случаев нехарактерна для несовершеннолетних героиновых наркоманов.

Отмеченная закономерность свойственна и другим психоактивным субстанциям: чем меньше возраст, тем менее дифференцировано субъективное восприятие наркотизации. Уровень толерантности к одурманивающим веществам у несовершеннолетних, естественно, ниже, чем у взрослых.

Важной особенностью являются незавершенность и незрелость синдромальных образований не только

в интоксикации, но и в абстинентном состоянии (АС). Для опиийного (героинового) АС у несовершеннолетних были характерны редуцированные алгические феномены, а период острых соматовегетативных проявлений был короче. В поведении подростков при развитии сформированного героинового АС в большей степени были представлены реакции астенического полюса, а эксплозивные реакции, если и возникали в этот период, носили менее выраженный характер, чем у взрослых. Доминировали, скорее, импрессивные формы поведения: стремление вызвать жалость к себе путем демонстрации интенсивности абстинентных переживаний. Следует обратить внимание на специфику вегетативного реагирования в острый период АС: крайне редко наблюдались выраженные реакции симпато-адреналового полюса в виде артериальной гипертензии, выраженного озноба и т.д.; скорее, наоборот, отмечалась тенденция к гипотоническим реакциям, что требует определенных корректив в традиционно применяемой терапии. В частности, при лечении героинового синдрома отмены целесообразно применение клофелинового протокола ввиду большей, чем у взрослых, частоты синкопальных реакций [17].

Выявленные закономерности являются достаточно универсальными и характерными для синдрома отмены, вызванного различными ПАВ; так, у несовершеннолетних П.И. Сидоров, А.В. Митюхляев указывают на существенно более редуцированные абстинентные проявления страдающих алкоголизмом [15]. При этом соблюдается известный принцип возрастной психиатрии: чем меньше возраст возникновения психических расстройств (в данном случае — начала наркотизации), тем менее синдромально оформлены и дифференцированы основные проявления заболевания.

Характеризуя специфичность психической патологии у детей (включая наркологическую), Р. Гудман обращает внимание, что ряд психических расстройств в этой возрастной группе может не в полной мере соответствовать критериям операционального диагноза, так как у них имеются частичные или недифференцированные симптомы, которые могут быть недостаточными для достижения диагностического порога, что затрудняет адекватную диагностику. С другой стороны, он отмечает изменение взглядов на диагностику психической патологии у детей. По его мнению, существуют два противоположных взгляда на детство: один предполагает, что дети радикально отличаются от взрослых, другой — что дети и взрослые по существу сходны. В настоящее время доминирующей является последняя точка зрения с тенденцией пользоваться диагнозами «взрослого типа», где это представляется возможным, кроме расстройств, специфичных для детского возраста. Автор полагает, что

большинство экспериментов с запрещенными веществами не приводит к регулярному употреблению, вместе с тем указывая, что почти все взрослые больные наркоманией впервые начали употреблять наркотики в подростковом возрасте. Он также подчеркивает связь между ранним началом употребления наркотиков и тяжестью заболевания и указывает на важную роль, которую играют расстройства поведения и гиперактивность, особенно когда эти факторы сочетаются [5].

Проблема употребления ПАВ в подростковом возрасте изучается с нескольких точек зрения, в том числе с точки зрения тесной связи между потреблением ПАВ и психическими расстройствами [34]. Подростки, употребляющие наркотики и алкоголь, имеют более высокий, чем в популяции, уровень сопутствующей психической патологии и чаще сообщают о психических травмах, физическом и сексуальном насилии. С другой стороны, психическая патология предшествует развитию потребления ПАВ и существенно усугубляется при формировании систематического потребления и зависимости [23].

Психические проблемы возрастают в континууме «эпизодическое употребление ПАВ — злоупотребление — зависимость». Такие симптомы, как тревога, депрессия, галлюцинация, бред, дефицит внимания, нарушение пищевого поведения, были более характерны для подростков с зависимостью или со злоупотреблением. Особенно специфичным для подростков с проблемным потреблением ПАВ является нарушение настроения (особенно у девочек), агрессивное поведение [38] и нарушение пищевого поведения [31].

Выраженность последствий длительного и интенсивного употребления психоактивных средств также неодинакова при начале наркотизации в подростковом и взрослом возрасте. Вступает в силу известный из клинической практики детской психиатрии закон Клерамбо: чем раньше (по возрасту) и массивнее оказывается токсическое воздействие, тем тяжелее его последствия (цит. по Блейхеру В.М., 1984). Свойственные ранее аффективные и поведенческие реакции теряют свою яркость и энергетику. Его роль в групповых психотерапевтических занятиях становится все менее заметной. При этом следует сказать, что инструментальные функции интеллекта у подростков страдают в существенной степени больше, чем у взрослых, нарушается способность к абстрактному мышлению, снижаются показатели кратковременной памяти и т.д. Вопрос об обратимости указанных расстройств до настоящего времени остается дискуссионным [11, 17]. Длительное использование ПАВ в подростковом возрасте, особенно когда это происходит в ассоциации с другими психическими расстройствами, усугубляет когнитивный дефицит [28].

Особенности течения наркологических заболеваний у несовершеннолетних, высокая степень их социальной зависимости, большая представленность в статусе эмоционально неустойчивых черт, особенности созревания областей мозга, контролирующей эмоции и поведение, диктуют следующие лечебно-организационные мероприятия: активное выявление подростков, употребляющих ПАВ, использование в психотерапевтических программах для несовершеннолетних семейной терапии и индивидуальной поведенческой ПТ, длительных курсов лечения и реабилитации, включение в структуру реабилитационных программ элементов среднего и профессионального образования, обязательный скрининг на наличие психических расстройств и их коррекцию [10].

Возрастные особенности течения наркологических заболеваний у лиц пожилого возраста и стариков

В современной литературе проблема наркологической патологии у лиц пожилого возраста освещена недостаточно. В нашем клиническом материале наркомании с началом заболевания в пожилом возрасте встречались редко; несколько больше было таких больных хроническим алкоголизмом, но в этом случае следует сказать о трудности разграничения перехода злоупотребления алкоголем в хронический алкоголизм от резкого усиления прогрессивности имеющейся зависимости от алкоголя. Наблюдаемые единичные клинические случаи развития героиновой наркомании после 60 лет рассматривались как экзотические. В связи с незначительностью наблюдений данный материал не является репрезентативным и позволяет сделать только общие выводы о клинических особенностях течения наркологических заболеваний у пожилых людей. Несмотря на это, рассмотрение этого аспекта проблемы важно, так как, по экспертным оценкам, количество лиц в возрасте 65 лет и старше во всем мире увеличится с 516 млн чел. в 2009 г. до 1,53 млрд чел. в 2050 г. В связи со старением населения в ближайшее время велика вероятность роста числа пожилых людей с зависимостью от алкоголя и наркотиков [44].

Возраст обратного развития характеризуется достаточно интенсивными изменениями соматической и психической сфер. В литературе имеются многочисленные указания на специфичность проявлений тех или иных заболеваний у пожилых людей и стариков. Основными тенденциями изменений психики во второй половине жизни человека являются нарастающая изоляция от окружающего мира, сужение поля социальной активности, нарастающие консервативно-охранительные тенденции в мировоззрении и поведении, обусловленные сужением адаптационных возможностей организ-

ма и все большей отягощенностью соматическими и неврологическими заболеваниями. Подобные изменения психики оказываются благоприятной почвой, особенно в условиях экономической нестабильности, для развития различной социогенно обусловленной психической и наркологической патологии.

По мнению специалистов, для психической патологии возраста обратного развития характерны сходные с наблюдающимися у детей и подростков особенности развития психических заболеваний: рудиментарность, фрагментарность, относительная возрастная специфичность основных проявлений болезни. Существенным отличием клинической картины алкоголизма и наркоманий у геронтов является органическое окрашивание симптоматики.

У исследованных больных героиновой наркоманией с возрастом начала заболевания после 60 лет в клинической картине синдрома отмены доминировали ундулирующая спутанность, эпизоды делириозного помрачения сознания, назойливость, некоторая гротескность в поведении в сочетании с неярко выраженными идеями преследования малого масштаба, «брюзжащая» дисфория. Алгические феномены были существенным образом редуцированы, но протрагированы по сравнению с течением АС у лиц зрелого возраста. Характерна была ипохондрическая фиксация на проявлениях АС. Патологическое влечение в позднем возрасте редко проявляется выраженными психопатическими чертами и имеет «сенильную» окраску. Больные крайне назойливы, тревожны, хлопотливы, докучают персоналу и врачам многочисленными жалобами на свое соматическое состояние. Выраженная ипохондрическая фиксация свойственна больным пожилого возраста с ятрогенной наркоманией с акцентом на то заболевание, по поводу которого были назначены наркотические анальгетики. Суточные дозы, как правило, были невысокими; особенно это касалось больных ятрогенной наркоманией.

Длительное время после купирования острого периода абстиненции наблюдались выраженная истощаемость, дисмнестические расстройства, а в вечернее время — и амнестические эпизоды со спутанностью сознания и единичными конфабуляциями. Высокая отягощенность сердечно-сосудистой патологией делает этот контингент больных группой очень высокого риска развития соматических осложнений и требует обязательного контроля за ходом лечебного процесса со стороны врачей-интернистов, существенного ограничения применения психофармакологических средств и обязательной коррекции в процессе терапии имеющихся соматических заболеваний. Лечение опийной наркомании у лиц пожилого возраста лучше осуществлять в отделениях неотложной наркологической помощи или психосоматических отделениях [10].

Алкоголизм у пожилых людей, по мнению В.Б. Альтшулера [1], имеет тенденцию к относительно благоприятному течению, что несколько расходится с имеющимися клиническими данными. Высокая степень отягощенности соматоневрологической патологией, наличие атеросклеротического поражения сосудов головного мозга приводят к достаточно быстрой алкогольной деградации личности, что обуславливает утрату критичности и высокую степень анозогнозии. Часто к этим неблагоприятным факторам присоединялась и алиментарная недостаточность, которая приводит к более выраженному токсическому поражению ЦНС при алкоголизме. Наряду с клиническими наблюдениями, в которых алкоголизм у пожилых людей действительно обладал митигированным течением (нарастающее соматическое неблагополучие выступало в качестве фактора, препятствующего алкоголизации, в случае относительно сохраненной критической способности индивида), в нашем материале были представлены случаи галопирующего течения алкоголизма у стариков. Нарастающая цереброваскулярная недостаточность в сочетании с токсическим действием алкоголя и алиментарной недостаточностью приводила к быстрому формированию корсаковского синдрома разной степени выраженности и, по сути, к исходу хронического алкоголизма.

Особенности идентификации проблемы злоупотребления ПАВ у пожилых людей заключаются не столько в определении количества и частоты употребления, сколько зависят от контекста, в котором используются ПАВ. Необходимо учитывать, что большинство пожилых принимают лекарственные препараты, в сочетании с которыми алкоголь повышает риск возникновения побочных реакций. По данным исследований, один из пяти пожилых людей, использующих сердечно-сосудистые, антидиабетические и психотропные препараты, при тестировании (CAGE-скрининге) были отнесены к пьяницам [21].

Популяционные исследования в Северной Америке, Европе и Австралии выявили до 88% мужчин и 79% женщин, которые использовали седативные и снотворные препараты, а также употребляли алкоголь. Отмечено, что более высокие уровни алкоголя употребляются лицами среднего возраста, чем пожилыми. Несмотря на это, пожилые могут быть более восприимчивыми к алкоголю из-за физиологических изменений ЦНС и метаболизма алкоголя [25]. Возможно, многие пожилые зачастую не знают о потенциальной опасности сочетания употребления алкоголя и лекарственных препаратов, врачи имеют низкую степень настороженности при оценке потребления алкоголя у людей этого возраста, поэтому шанс выявления чрезмерного употребления алкоголя небольшой.

Формальный наркологический диагноз в общей популяции опирается на критерии, изложенные в МКБ-10, но у пожилых из-за определенных биологических и социальных факторов, характерных для позднего возраста, эти критерии могут быть менее значимыми. Например, из-за возрастных изменений усиливаются эффекты алкоголя и других веществ, что ведет к снижению толерантности. Таким образом, один из критериев диагноза, повышенная толерантность, не работает. Кроме того, критерий, характеризующий продолжение использования вещества, несмотря на явные признаки вредных последствий, не может применяться у многих пожилых людей, которые не признают, что их проблемы, такие, как депрессия, связаны с алкоголем или другими ПАВ. Это связано с некоторой схожестью симптоматики алкогольной и наркотической зависимости с другими заболеваниями, наиболее часто встречающимися в старости, ошибочным восприятием симптомов, наблюдаемых при употреблении алкоголя или наркотиков, как части нормального процесса старения, а не результата их употребления. Многие пожилые, и даже члены их семей, воспринимают употребление 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.

При оценке злоупотребления ПАВ у пожилых необходимо обращать внимание на потенциальные признаки проблемного использования вещества: падения, ушибы, ожоги, неряшливость, плохую гигиену, головные боли, головокружения, плохое питание, дезориентацию, нарушения памяти, трудности в принятии решений, нарушения сна, бессонницу, беспокойство, чрезмерные перепады настроения, депрессию, финансовые и семейные проблемы, социальную запущенность, заимствование психотропных препаратов у других, рост толерантности к психоактивным веществам и т.д. [29].

Наличие общевозрастных особенностей в определенной степени стирает различия между клиническими проявлениями разных заболеваний. Симптоматика заболеваний модулируется возрастными изменениями психики, обусловленными биологическим старением [19].

У пожилых людей с диагнозом «злоупотребление алкоголем» или «зависимость от алкоголя» риск выявления других психических расстройств почти в 3 раза выше. Сопутствующие заболевания, связанные с употреблением алкоголя, включают тревожные расстройства, аффективные нарушения, когнитивные расстройства, шизофрению, расстройства личности [37].

Причинно-следственные связи между употреблением алкоголя и сосуществующими физическими или психическими расстройствами могут быть различными, но они влияют на выбор, приоритеты лечения и прогноз.

Большинство современных исследований по терапии наркологических заболеваний у пожилых было направлено на препараты для прекращения употребления алкоголя: дисульфирам, акампросат и налтрексон. Так, при использовании дисульфирама необходимо строго выполнять рекомендации по применению. Существует доказательство, что он оказывает дополнительную нагрузку на сердечно-сосудистую систему у пожилых и поэтому может быть противопоказан. Убедительных свидетельств об эффективности акампросата для лиц в возрасте 65 лет и старше не представлено.

Налтрексон — наиболее хорошо изученный препарат, используемый для лечения пожилых, — продемонстрировал некоторую эффективность в этой популяции. Основным ограничением приема налтрексона является его блокирующее действие на опиаты, которые могут принимать пожилые в связи хронической болью. Вместе с тем налтрексон может усиливать симптомы депрессивных расстройств, что требует более тщательного наблюдения за пожилыми пациентами [29].

Наличие когнитивных нарушений или деменции значительно изменяет тактику лечения. Особенно важно различать деменцию и делирий, которые клиницисты часто ошибочно принимают друг за друга. Деменция — хроническое прогрессирующее и, как правило, необратимое когнитивное нарушение, которое ухудшает повседневную жизнь человека, ограничивает его взаимодействие в социуме. Наиболее распространенные причины деменции у пожилых — болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция. Делирий — потенциально опасное для жизни расстройство, которое требует неотложного вмешательства, обычно госпитализации. Когнитивные нарушения, характерные для пожилых, как правило, нарастают с каждым десятилетием и, в разной степени выраженности, включают незначительные краткосрочные потери памяти, трудности с определенными математическими функциями. Тем не менее, значительная потеря памяти, нарушение абстрактного мышления, спутанность сознания, трудности в общении, чрезмерные эмоциональные реакции, вспышки агрессии и дезориентация в месте, времени и лицах не являются частью нормального процесса старения. Симптомы делирия могут быть представлены в любой комбинации и различной выраженности. Основные причины развития делирия — инфекции, судороги, инсульт, анестезия, АС, инфаркт, обезвоживание, алиментарная недостаточность и др. К частым

причинам развития делирия у пожилых можно отнести использование бензодиазепинов, противопаркинсонических препаратов, антидепрессантов [26].

Учитывая физиологические и психические особенности пожилых, тактика купирования делирия у них имеет некоторые отличия и включает: лечение основной причины, прекращение использования ПАВ, профилактику инфекций, запоров, задержки мочи (по возможности следует избегать катетеризации мочевого пузыря), поддержание гидратации, контроль за биохимическими показателями крови, АД и пуль-

сом и температурой тела; по возможности следует разрешать пациенту свободно двигаться, даже ходить при условии надлежащего контроля и ухода, обеспечить доступ к часам и календарям, минимизировать воздействие различных раздражителей (света, шума телевизора, радио), особенно ночью.

При сильном психомоторном возбуждении возможно осторожное использование галоперидола в дозе 0,5 мг, или рисперидона в дозе 0,5 мг, или бензодиазепинов, преимущественно с анксиолитическим действием [26, 41].

Сравнение клинических особенностей делирия, деменции и депрессии

Свойство	Делирий	Деменция	Депрессия
Возникновение	Острое/умеренно острое, зависит от причины, зачастую неясное	Хроническое, обычно начинается незаметно, зависит от причины	Совпадает с изменениями в жизни, зачастую резкое
Течение	Короткие ежедневные флуктуации симптомов: ухудшения ночью в темноте и при пробуждении	Длительное, без ежедневных изменений. Симптомы прогрессируют, но сохраняют стабильность в течении длительного времени	Изменения в течение дня, обычно ухудшения утром: ситуационные флуктуации, однако менее ярко выраженные, чем при делирии
Развитие	Резкое	Медленное, но равномерное	Различное — быстрое или медленное, но неравномерное
Продолжительность	От нескольких часов до месяца, более продолжительные случаи редки	От нескольких месяцев до нескольких лет	Не меньше двух недель, однако может продолжаться от нескольких месяцев до нескольких лет
Сознание	Помрачение сознания	Ясное	Ясное
Настороженность/бдительность	Колеблется от летаргии до гипербдительности	Обычно нормальная	Нормальная
Внимание	Нарушено, отмечаются флуктуации	Обычно нормальное	Ухудшения минимальны, однако легко отвлекается
Ориентация	Обычно нарушена, острота проявлений меняется	Может быть нарушена	Выборочная утрата ориентации
Память	Кратковременная и долговременная память нарушены	Память на недавние и отдаленные события ухудшены	Селективное или выборочное ухудшение. Сохраняются неповрежденные «островки» воспоминаний.
Мышление	Дезорганизованное, искаженное, фрагментированное, медленное или ускоренное, бессвязное	Сложности с абстракциями, мысли неглубокие, слабая способность к суждениям, трудности в подборе слов	Не повреждено, однако основная тема — безнадежность, бессилие или самоуничижение
Восприятие	Искаженное: иллюзии, бред и галлюцинации.	Нарушение восприятия зачастую отсутствует	Не нарушено. Бред и галлюцинации присутствуют исключительно в тяжелых случаях
Внимание: делирий, деменция и депрессия могут наблюдаться у пациента одновременно			

Источник: Integrated clinical pathway. <http://www.europeandeliriumassociation.com/delirium-information/health-professionals>

Особенности наркологических заболеваний у лиц пожилого возраста и стариков диктуют следующие лечебно-организационные мероприятия:

- необходимость постоянного контроля за соматическим и неврологическим состояниями больного, что достигается организацией адекватного сопровождения наркологического лечения врачами-интернистами;
- лечение неотложных наркологических состояний — целесообразно проводить в отделениях психосоматического или реанимационного профиля;
- крайне осторожное использование психофармакологических средств;
- необходимость привлечения к работе с пожилыми аддиктами специалистов социальной сферы и организации на амбулаторном этапе лечения не только медицинского, но и социального патронажа [10].

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — Т. 2. — 283 с.
2. Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В. и др. Наркомания у подростков. — Киев: Здоровья, 1989. — 216 с.
3. ВОЗ. Здоровое старение должно стать глобальным приоритетом. Режим доступа: <http://www.who.int/ageing/ru/>.
4. Возраст: статья в словаре Психофизиология. Словарь / Авт. М.М. Безруких, Д.А. Фарбер // Психологический лексикон. Энциклопедический словарь в шести томах / Ред.-сост. Л.А. Карпенко. Под общ. ред. А.В. Петровского. — М.: ПЕР СЭ, 2006. — 128 с.
5. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия. — 2005. — 350 с.
6. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение). — М.: Медпрактика, 2000. — 122 с.
7. Иванец Н.Н., Савченко Л.М. Типология алкоголизма. — М., 1996. — 47 с.
8. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство. — Л.: Медицина, 1991. — 304 с.
9. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. — СПб.: Питер, 2008. — 288 с.
10. Надеждин А.В. Возрастные особенности наркологических заболеваний: Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2002. — С. 408—422.
11. Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю., Авдеев С.Н. и др. Особенности клиники и течения героиновой наркомании у несовершеннолетних: Пособие для врачей психиатров-наркологов. — М., 2000. — 15 с.
12. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении. Режим доступа: <http://www.gks.ru/dbscripts/cbsd/dbinet.cgi?pl=2415003>.
13. Пятницкая И.Н. Наркомания. — М.: Медицина, 1994. — 544 с.
14. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. — М.: Эксмо-Пресс, 2001. — 624 с.
15. Сидоров П.И., Митюхляев А.В. Ранний алкоголизм. — Архангельск: АГМА, 1999. — 306 с.
16. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы. — М.: Медицина, 1997. — 320 с.
17. Тетенова Е.Ю. Клиника и лечение героиновой наркомании у несовершеннолетних: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.45 — М., 2002. — 177 с.
18. Штенберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. — М.: Медицина, 1977. — 216 с.
19. Штенберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. — М.: Медицина, 1977. — 216 с.

20. Chan G.C. et al. Hippocampal neurotoxicity of Δ^9 -Tetrahydrocannabinol // J. Neurosci. — 1998. — #14. — P. 5322—5332.
21. Cousins G., Galvin R., Flood M. et al. Potential for alcohol and drug interactions in older adults: evidence from the Irish longitudinal study on ageing // BMC Geriatr. — 2014. — Vol. 14. Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4008399/pdf/1471-2318-14-57.pdf>.
22. Cservenka A., Jones S.A., Nagel B.J. Reduced cerebellar brain activity during reward processing in adolescent binge drinkers // Developmental Cognitive Neuroscience. — 2015. // <http://dx.doi.org/10.1016/j.dcn.2015.06.004>.
23. Deas D. Adolescent substance abuse and psychiatric comorbidities // J. Clin. Psychiatry. — 2006. — N67. — P. 18—23.
24. Guerri C., Pascual M. Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive, and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence // Alcohol. 2010; 44(1): 15—26. doi: 10.1016/j.alcohol.2009.10.003.
25. Ilomki J., Paljvi T., Korhonen M.J. et al. Prevalence of concomitant use of alcohol and sedative-hypnotic drugs in middle and older aged persons: a systematic review // Ann. Pharmacother. — 2013. — N2. — P. 257—268.
26. Integrated clinical pathway. Режим доступа: <http://www.europeandeliriumassociation.com/delirium-information/health-professionals>.
27. Jacobus J., Squeglia L.M., Meruelo A.D. et al. Cortical thickness in adolescent marijuana and alcohol users: A three-year prospective study from adolescence to young adulthood // Developmental Cognitive Neuroscience. — 2015. — N4. doi:10.1016/j.dcn.2015.04.006
28. Jager G., Ramsey N.G. Long-term consequences of adolescence cannabis exposure on the development of cognition, brain structure and function: an overview of animal and human research // Curr. Drug. Abuse. Rev. — 2008. — N 1. — P. 114—123.
29. Kuerbis A., Sacco P., Blazer D.G. et al. Substance Abuse Among Older Adults // Clin. Geriatr. Med. — 2014. — N 3. — P. 629—654.
30. Lubman D, Ycel M, Hall W. Substances and the adolescent brain: a toxic combination? // J. Psychopharmacol. — 2007. — N 8. — P. 792—794.
31. Mann A.P., Accurso E.C., Stiles-Shields C. et al. Factors associated with substance use in adolescents with eating disorders // J. Adolesc. Health. — 2014 — N 2. — P. 182—187.
32. Mapping P.T. Brain maturation and cognitive development during adolescence // Trends. Cognit. Sci. — 2005. — N 2. — P. 60—68.
33. Mills K.L., Goddings A.-L., Clasen L.S. et al. The Developmental Mismatch in Structural Brain Maturation during Adolescence // Dev. Neurosci. — 2014. — N 36. — P. 147—160. doi:10.1159/000362328.
34. Niethammer O, Frank R. Prevalence of use, abuse and dependence on legal and illegal psychotropic substances in an adolescent inpatient psychiatric population // European Child and Adolescent Psychiatry. — 2007. — N 16. — P. 254—259.
35. Rechel B., Doyle Y., Grundy E., McKee M. Каковы возможные ответные меры систем здравоохранения в связи со старением населения? Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро. — 2009. Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2009/how-can-health-systems-respond-to-population-ageing>.
36. Rochetti M. et al. Is cannabis neurotoxic for the healthy brain? A meta-analytical review of structural brain alterations in non-psychotic users // Psychiatry and Clinical Neurosciences — 2013. — N 67. — P. 483—492.
37. Saunders P.A., Copeland J.R., Dewey M.E. et al. Heavy drinking as a risk factor for depression and dementia in elderly men: Findings from the Liverpool Longitudinal Community Study //

British Journal of Psychiatry . — 1991. — Vol. 159. — P. 213—216.

38. Shrier L.A., Harris S.K., Kurland M. et al. Substance use problems and associated psychiatric symptoms among adolescents in primary care // *Pediatrics*. — 2003. — N 6. — P. 699—705.

39. Somerville L.H., Jones R.M., Casey B.J. A time of change: behavioral and neural correlates of adolescent sensitivity to appetitive and aversive environmental cues // *Brain. Cognit.* — 2010. — N 1. — P. 124—133.

40. Styne D.M., Grumbach M.M. Puberty: ontogeny, neuroendocrinology, physiology, and disorders. In: Kronenberg H.M., Melmed S., Polonsky K.S. et al., editors. *Williams textbook of endocrinology*. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2008. — P. 969—1166.

41. Substance Abuse Among Older Adults. Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64412/>.

42. Vidal J., Mills T., Pang E.W. et al. Response inhibition in adults and teenagers: spatiotemporal differences in the prefrontal cortex // *Brain. Cogn.* — 2012. — N 1. — P. 49—59.

43. Weissman D.G., Schriber R.A., Fassbender C. et al. Earlier adolescent substance use onset predicts stronger connectivity between reward and cognitive control brain networks // *Dev. Cogn. Neurosci.*, 2015. Режим доступа: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878929315000675>.

44. WuLi-Tzy, Blazer D.G. Substance use disorders and psychiatric comorbidity in mid and later life: a review // *Int. J. Epidemiol.* — 2014. — N2. — P. 304—317.

AGE FACTOR EFFECTS ON CLINICAL FEATURES OF SUBSTANCE ABUSE

Nadezhdin A.V.

PhD, Head, Communications Technology branch,

Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russia

The review presents data on the effect of age factor on the clinical features of addiction diseases. The importance of the research of drug pathology in children and the elderly is stressed, due to their high vulnerability to adverse factors in terms of mental and physical health. It is shown that adolescence is a risk factor for initiation to the consumption of tobacco, alcohol and drugs, and the improvement of living conditions and quality of care to the population leads to an increase in the proportion of elderly and senile age patients, suffering from chemical dependency. Author makes a conclusion about expediency of further studies, defining the characteristics of addiction diseases in different age groups and the need for differentiated treatment approaches.

Keywords: age-related features, substance abuse, clinical features, treatment, pathomorphosis, children, teenagers, minors, the elderly, old-aged