



Медицинская статья

# Алкоголь и психическое здоровье пожилых: диагностика и лечение

Употребление алкоголя ухудшает когнитивные функции, усиливает депрессию и тревожность у пожилых. Понимание механизмов, правильная диагностика и комплексный подход к лечению позволяют снизить риск осложнений.

ДАТА

02.05.2026

ФОРМАТ

PDF-версия статьи

ИСТОЧНИК

vrachiq.ru

Vrachiq — медицинский справочник. Материал помогает разобраться в теме, но не заменяет консультацию врача, диагностику и индивидуальное лечение.

# Полный текст материала

Структурированная версия для чтения, печати и сохранения

## Кратко о главном

Главное по теме простыми словами.

Эта статья предназначена для семейных врачей, терапевтов и родственников пожилых, которые хотят понять, как алкоголь влияет на психическое здоровье старшего поколения и какие шаги предпринять.

## Короткий ответ

Прямой ответ на главный вопрос без лишней теории.

Алкоголь у пожилых усиливает когнитивные нарушения, депрессию и тревожность, повышая риск падений и осложнений. Профессиональная оценка, психотерапия, медикаментозная поддержка и социальная реабилитация составляют комплексный подход к лечению. Врачебный мониторинг уровня алкоголя, оценка когнитивных функций и психического состояния позволяют подобрать индивидуальный план коррекции, включая когнитивно-поведенческую терапию, группы поддержки и, при необходимости, медикаментозную терапию.

## Что это значит

Короткое объяснение термина простыми словами.

Психическое здоровье пожилых – это совокупность когнитивных, эмоциональных и поведенческих функций, влияющих на качество жизни. Алкоголь может нарушать баланс нейротрансмиттеров, усиливать тревожность и ухудшать память, что приводит к снижению автономии. Эти изменения повышают риск падений, ухудшают взаимодействие с близкими и могут привести к преждевременному госпитализации.

## Что делать

Короткий порядок действий без лишней теории.

1. Проверьте уровень алкоголя в крови при подозрении.
2. Оцените когнитивные функции с помощью стандартизированного теста.

3. Соберите анамнез употребления и психоэмоционального состояния.
4. Обсудите план снижения потребления с пациентом и семьей.
5. Назначьте психотерапевтическую поддержку и, при необходимости, медикаменты.

## На что обратить внимание

Короткий список признаков и ситуаций, которые помогают быстрее сориентироваться.

**Потеря памяти**Нарушение кратковременной памяти, забывание имён и событий.

**Депрессия**Постоянное чувство грусти, отсутствие интереса к привычным занятиям.

**Тревожность**Чувство тревоги, беспокойства, учащённое сердцебиение.

**Падения**Частые падения, особенно при вождении или ходьбе.

**Снижение концентрации**Трудности с удержанием внимания, частые ошибки в работе.

## Пошагово: как действовать

Безопасный порядок действий, который помогает не терять время и не усугублять ситуацию.

Соберите подробный анамнез: частоту, объем и контекст употребления.

Проведите лабораторный анализ: АЛТ, АСТ,  $\gamma$ -ГТ, и уровень алкоголя.

Оцените когнитивную функцию с помощью MMSE или MoCA.

Проведите оценку психоэмоционального состояния по шкале GDS.

Разработайте индивидуальный план снижения: постепенное ограничение, заменители.

Включите когнитивно-поведенческую терапию и группы поддержки.

Регулярно контролируйте прогресс: повторные тесты и лабораторные показатели.

## Когда срочно обращаться за помощью

Если пожилой человек испытывает сильную спутанность сознания, резкое ухудшение памяти, агрессивное поведение, рвоту, судороги или потерю сознания, немедленно вызовите скорую помощь.

## Ключевые выводы

Самое важное по теме — кратко и по делу.

Алкоголь усугубляет когнитивные и эмоциональные нарушения у пожилых.

Комплексный подход включает диагностику, психотерапию и медикаментозную поддержку.

Регулярный мониторинг и поддержка семьи повышают эффективность лечения.

Своевременное обращение к специалисту снижает риск осложнений.

## Причины ухудшения когнитивных функций у пожилых при алкоголизме

С возрастом мозг перестраивается: нейрональная плотность в коре снижается, а количество синапсов сокращается. Нейрональная пластичность, ключ к обучению и памяти, постепенно ослабевает. При этом глиальные клетки меняют свой метаболический профиль, а барьер между кровью и мозгом становится менее упругим. Эти изменения делают старший мозг более восприимчивым к внешним токсиногенам.

Алкоголь – мощный нейротоксин. При его метаболизме образуются реакционно-активные кислоты и свободные радикалы, которые повреждают липидные мембраны и белки нейронов. Кроме того, алкоголем индуцируется гиперактивность глутаматного рецептора NMDA, что приводит к избыточному ионному

притоку кальция и активации протеаз, разрушающих цитоскелет. Глиальные клетки, отвечающие за поддержание гомеостаза, переходят в воспалительный режим, выделяя цитокины, которые усиливают нейрональный стресс.

Сочетание этих процессов с хроническими заболеваниями усугубляет когнитивный дефицит. У пациентов с гипертонией и ишемической болезнью сердца нарушается микроциркуляция головного мозга, что приводит к хронической гипоксии. Диабет вызывает гликозильные изменения белков и микрососудистую атрофию. Ливарная циррозная болезнь снижает способность организма вырабатывать антиоксиданты, усиливая окислительный стресс. В итоге возрастные изменения, токсичность алкоголя и хронические болезни работают синергически, усиливая потерю когнитивных функций.

В клинике часто встречается 68-летний пациент с умеренной ежедневной потребляемостью алкоголя, хронической гипертонией и умеренной диабетической нейропатией. У него наблюдается постепенная потеря внимания и замедление реакции. При обследовании выявляется снижение объёма коры фронтальной доли и повышенное содержание свободных радикалов в плазме. Эти данные подтверждают, что алкоголь усиливает возрастные процессы, а наличие сопутствующих заболеваний ускоряет прогрессирование когнитивной дисфункции.

- Возрастные изменения: потеря нейронов, снижение синаптической плотности, нарушение барьера.
- Алкогольные воздействия: окислительный стресс, глутаматная токсичность, воспаление глиальных клеток.
- Хронические заболевания: сосудистые изменения, диабетическая гликозилатура, снижение антиоксидантной защиты.

Фактор	Механизм воздействия	Когнитивный результат
Возраст	Потеря нейронов, снижение пластичности	Замедление обработки информации
Алкоголь	Окислительный стресс, глутаматная токсичность	Потеря памяти, снижение внимания
Гипертония	Микрососудистая атрофия, гипоксия	Снижение исполнительных функций
Диабет	Гликозильные изменения, микроангиопатия	Проблемы с пространственным ориентированием

**Важно: при сочетании возрастных изменений и хронических заболеваний, усиленных алкоголем, даже умеренное потребление может привести к быстрому ухудшению когнитивных функций. Раннее выявление и корректировка образа жизни, включая отказ от алкоголя, дают лучший шанс замедлить прогрессирование.**

## Механизм взаимодействия алкоголя и нейротрансмиттеров

Пожилой мозг уже в первую очередь подвергается возрастным изменениями: уменьшение нейрональной плотности, снижение скорости метаболизма и замедление регуляции нейромедиаторов. Добавление этанола в такой биологический контекст усиливает дисбаланс, приводя к выраженным и иногда непредсказуемым расстройствам психомоторных функций. Важно понять, как именно алкоголь воздействует на ключевые системные пути, чтобы оценивать риск и разрабатывать индивидуальные стратегии реабилитации.

Этанол усиливает поток ионов хлора в GABA-эргические рецепторы, тем самым увеличивая тормозную активность нейронов. На уровне молекулярного взаимодействия это проявляется как усиленное открытие канала, что приводит к гиперполяризации мембраны. У пожилых пациентов, у которых уже снижена базовая GABA-эргическая активность, даже умеренное потребление алкоголя может вызывать чрезмерную тормозную деформацию, проявляющуюся в затруднении координации и нарушениях когнитивных функций. При хроническом употреблении наблюдается адаптация: снижение числа GABA-эргических рецепторов, изменение их конфигурации и порога чувствительности. Как результат, пациенты становятся более толерантными к первоначальной тормозной нагрузке, но при внезапном отказе от алкоголя происходит резкое снижение тормозного воздействия, что приводит к судорогам, тревожности и агрессивному поведению.

С точки зрения клинической практики это проявляется в двух типичных сценариях. В одном случае пожилой человек, который в течение лет регулярно пьет 200–300 мл крепкого напитка, приходит в отделение с выраженной нарушенной координацией, но без признаков судорог. В другом — пациент, прекративший пить в течение недели, оказывает резкую тревожную реакцию, часто сопровождающуюся паранойей и повышенной раздражительностью. В обоих случаях GABA-эргическая дисфункция становится ключевым фактором, но степень выраженности различается в зависимости от длительности и интенсивности потребления.

Глутаматные системы, как основной возбуждающий путь, также подвергаются усиленному воздействию алкоголя. Этанол блокирует NMDA-рецепторы, снижая их чувствительность к глутамату. В молодом мозге это приводит к компенсаторному увеличению экспрессии NMDA-рецепторов, но в пожилом мозге, где уже наблюдается снижение синтеза глутамата, такой механизм может стать источником гиперчувствительности к остальным возбуждающим нейромедиаторам. При длительном употреблении наблюдается нейропротекторный эффект: снижение уровня свободного глутамата в синаптическом пространстве, но при отмене наблюдается резкое усиление возбуждения, что может объяснить частые эпилептические припадки у пациентов после отмены алкоголя.

Дофамин – ключевой медиатор мотивации и вознаграждения. У пожилых людей, у которых уже может быть сниженный дофаминергический резерв, алкоголь усиливает высвобождение дофамина в мезолимбической системе. Это приводит к кратковременному усилению ощущения удовольствия, но в долгосрочной перспективе вызывает дефицит дофамина, что проявляется в апатии, снижении инициативы и ухудшении памяти. Критически важно отметить, что в пожилом возрасте дофаминергическая система более чувствительна к негативным обратным связям, поэтому даже небольшие изменения уровня

дофамина могут усиливать чувство тревоги при попытках самоконтроля.

Серотонин, регулирующий настроение, сон и аппетит, также подвергается изменению. Алкоголь стимулирует высвобождение серотонина, но при хроническом употреблении наблюдается снижение чувствительности 5-HT рецепторов, особенно 5-HT<sub>2A</sub>. Это приводит к ухудшению эмоциональной регуляции и повышенному риску депрессии. Кроме того, возрастные изменения в метаболизме серотонина усиливают его накопление, что может приводить к сонливости и снижению когнитивной гибкости.

Ниже приведена таблица, иллюстрирующая основные различия в влиянии алкоголя на нейромедиаторы при остром и хроническом употреблении:

Нейромедиатор	Острое употребление	Хроническое употребление
GABA	Усиленное торможение, гиперполяризация	Снижение количества рецепторов, толерантность
Глутамат	Блокировка NMDA, снижение возбуждения	Снижение глутаматурного уровня, компенсаторный рост рецепторов
Дофамин	Повышенное высвобождение, улучшение настроения	Снижение резервной запаса, апатия, снижение мотивации
Серотонин	Увеличение, сонливость, улучшение настроения	Снижение чувствительности рецепторов, риск депрессии

#### **Важно:**

при оценке пожилого пациента с подозрением на алкогольную зависимость необходимо учитывать, что возрастные изменения нейромедиаторных систем усиливают как риск развития токсических эффектов, так и сложность обратного процесса. Врач может включить в план лечения антидепрессанты, которые повышают дофамин и серотонин, но только после тщательной оценки риска побочных реакций. В случае хронического алкоголизма, где наблюдается снижение GABA-эргической чувствительности, назначение препаратов, усиливающих GABA-эргическую передачу (например, бензодиазепинов), должно быть ограничено по времени и строго контролироваться, чтобы избежать дальнейшего снижения рецепторного резерва. Кроме того, при отмене алкоголя необходимо предусматривать контроль за судорожными и тревожными реакциями, так как резкое снижение тормозной активности может привести к серьезным осложнениям.

В клинической практике часто встречаются пациенты, которые после долгих лет умеренного употребления внезапно прекращают пить. Их состояние характеризуется повышенной раздражительностью, нарушениями сна и иногда судорогами. В таких случаях важно проводить постепенное снижение дозы, сопровождать терапией препаратами, повышающими GABA-эргическую активность, и обеспечить психоэмоциональную поддержку, чтобы избежать резкого ухудшения психического состояния. Ключевой

момент – это балансировка между снижением риска токсичности и поддержанием достаточного уровня нейромодуляции для стабильной психической функции.

## Факторы риска, усиливающие психические проблемы

Постоянное употребление алкоголя в пожилом возрасте часто сопровождается рядом сопутствующих проблем, которые усиливают риск возникновения психических осложнений. Внимание к этим факторам позволяет врачам точнее оценивать опасность и выбирать более адекватные стратегии вмешательства.

Полифармация – один из главных катализаторов ухудшения психического состояния. Пожилые пациенты чаще принимают несколько лекарственных средств одновременно: антигипертензивные препараты, антидепрессанты, антисептики, гомеопатические добавки. Алкоголь усиливает тормозные свойства центральной нервной системы, а также может усиливать действие седативных средств, приводя к резкому ухудшению когнитивных функций, сонливости и падениям. При этом сложные взаимодействия между веществами могут вызывать токсичность, например, сочетание алкоголя с антидепрессантами из группы СИОЗС повышает риск судорог и сердечно-гипертензивных кризов.

В таблице ниже приведены самые частые клинические сочетания, при которых врач должен проявлять повышенную осторожность. Обратите внимание: в каждом случае взаимодействие зависит от дозировки, длительности терапии и индивидуальных особенностей пациента.

Группа препаратов	Пример взаимодействия с алкоголем	Потенциальный риск
Антигипертензивные (например, бета-блокаторы)	Алкоголь снижает сосудистый тонус, усиливает гипотезию	Низкое кровяное давление, обмороки, падения
Антидепрессанты (СИОЗС, ТАРКС)	Алкоголь повышает концентрацию препарата в крови	Судороги, усиление седативного эффекта, угнетение дыхания
Антикоагулянты (Варфарин)	Алкоголь увеличивает метаболизм витамина К, снижает эффективность	Кровотечения, внутривенные кровоизлияния
Бронхолитики (например, Сальбутамол)	Алкоголь вызывает бронхоспазм, усиливая действие	Одышка, тахикардия, сердечный стресс

Хронические заболевания – второй ключевой фактор, при котором алкоголь усугубляет психическое состояние. Сердечно-сосудистые болезни, такие как ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность и аритмии, повышают риск психомоторной дисфункции, поскольку алкоголь дополнительно снижает кровообращение и повышает нагрузку на сердце. Печеночная недостаточность, часто сопровождающаяся циррозом, снижает метаболическую способность организма обрабатывать алкоголь, приводя к повышенной токсичности и развитию деменции.

В клинической практике часто встречается ситуация, когда пожилой пациент с хронической сердечной недостаточностью отказывается от лечения, предпочитая продолжать пить. В результате наблюдается

ухудшение когнитивных функций, усиление тревожности и депрессивных симптомов. Такой пациент может показать резкое падение артериального давления после употребления алкоголя, что приводит к обморокам и повышенному риску падения – фактора, усиливающего психическое напряжение.

Социальная изоляция и экономические трудности – устойчивые факторы, которые непрерывно повышают риск психических осложнений. Пожилые люди, живущие без постоянного общения, часто испытывают чувство одиночества, которое в свою очередь приводит к депрессии и тревожным расстройствам.

Экономические ограничения ограничивают доступ к качественной медицинской помощи, психотерапии и даже к профилактическим программам, направленным на уменьшение потребления алкоголя.

**Важно: при работе с пожилыми пациентами важно оценивать уровень социальной поддержки и наличие финансовых ресурсов. Даже небольшое вмешательство – например, привлечение к группам поддержки, финансовая консультация или организация совместных прогулок – может существенно снизить риск психических осложнений, связанных с алкоголем.**

Генетическая предрасположенность также играет значительную роль. Некоторые генетические мутации, влияющие на метаболизм алкоголя (например, аномалии фермента алкогольдегидрогеназы), могут усиливать токсическое воздействие на мозг. Кроме того, наследственные формы депрессии и тревожных расстройств повышают вероятность того, что человек будет использовать алкоголь как способ самопомощи, что в итоге приводит к более тяжёлым психическим проблемам.

В реальной практике врач может столкнуться с пациентом, у которого одновременно проявляются полифармация, хроническая сердечная недостаточность и социальная изоляция. В такой ситуации комплексный подход становится критически важным: пересмотр схемы медикаментов, оценка риска взаимодействий, активное вовлечение социальных служб и, при необходимости, направление на психотерапию. Такой подход позволяет не только снизить риск психических осложнений, но и улучшить общий функциональный статус пациента.

## **Диагностический алгоритм: оценка когнитивных и психических функций**

Диагностический алгоритм в пожилом возрасте при подозрении на алкогольную патологию и сопутствующие когнитивные расстройства представляет собой последовательный набор действий, позволяющих выявить как степень алкогольного влияния, так и тяжесть нарушений памяти, внимания и исполнительных функций. В рамках комплексного подхода необходимо объединить клиническое интервью, стандартизированные тесты, лабораторные маркеры и оценку биохимических параметров печени.

Первый этап – **клиническое интервью с пациентом и ближайшими родственниками**. При собеседовании важно уточнить длительность и интенсивность употребления алкоголя, наличие периодов

запой, а также изменения поведения, которые могли заметить родственники. Уточнить наличие семейной истории алкоголизма и психических заболеваний, а также обратить внимание на возможные внешние стрессоры. Поскольку старшие пациенты часто недооценивают свои симптомы, в интервью следует задавать открытые вопросы, позволяющие выявить признаки забывчивости, неуверенности в действиях и изменения в личной гигиене.

После интервью проводится **скрининг когнитивных нарушений** с помощью двух наиболее распространённых инструментов – MMSE (Mini-Mental State Examination) и MoCA (Montreal Cognitive Assessment). MMSE удобно использовать как быстрый скрин, однако при наличии возрастных изменений в сенсорных функциях он может недооценить лёгкие нарушения. MoCA, в свою очередь, более чувствителен к субклиническим дефектам, но требует большего времени на выполнение. Важно задать пациенту и родственнику вопрос о том, как часто он сталкивается с потерей памяти или трудностями в выполнении сложных задач. Результаты тестов сравниваются с возрастными и образовательными нормами, а при подозрении на быстро прогрессирующее ухудшение – назначается повторный скрин через 2–3 недели.

Второй ключевой блок – **лабораторные маркеры алкоголя**. Поскольку прямой измерения концентрации этанола невозможно в повседневной практике, используют индикаторы алкоголизма: гамма-глутамилтрансфераза (GGT) и карбонильный диэтилацетат (CDT). GGT повышается при хроническом употреблении, но может быть аффектным при других состояниях печени. CDT более специфичен к алкоголю, но его уровень может зависеть от генетических особенностей. Важно измерять оба маркера, а также проводить контрольные анализы при изменении клинической картины.

Третий этап включает **обследование печени и электролитов**. При алкоголизме часто наблюдаются нарушения печёночной функции: повышенные АЛТ, АСТ, билирубин, а также дисбаланс электролитов, особенно натрия и калия, что может способствовать когнитивным симптомам. Кроме того, в старших пациентах повышенный риск гипонатриемии, приводящей к спутанности сознания. Анализы крови дают возможность исключить печёночную недостаточность как причину ухудшения когнитивных функций и корректировать лечение.

**Важно: при обнаружении значительно повышенных уровней GGT и CDT, а также нарушений печёночных ферментов, необходимо незамедлительно оценить риск развития алкогольной деменции и начать консультацию с неврологом.**

Ниже представлен подробный алгоритм, который можно использовать как чек-лист в клинической практике. Таблица описывает последовательность действий, их цель и основные нюансы, которые следует учитывать при работе с пожилыми пациентами.

Этап	Действие	Цель	Практический нюанс
------	----------	------	--------------------

1	Клиническое интервью (пациент + родственник)	Сбор анамнеза употребления алкоголя, семейной истории, наблюдаемых изменений поведения	Использовать открытые вопросы, избегать оценочных суждений, фиксировать конкретные эпизоды
2	Скрининг MMSE и MoCA	Оценка уровня когнитивных функций, выявление субклинических дефектов	Если MoCA 25, рассматривать как возможный ранний когнитивный дефицит
3	Лабораторные маркеры: GGT, CDT, АЛТ, АСТ, билирубин, электролиты	Определить степень алкогольной нагрузки и печёночную функцию	Сравнивать с возрастными нормами, учитывать влияние факторов (питание, медикаменты)
4	Рентген/КТ/МРТ головного мозга при подозрении на сосудистые изменения	Исключить сосудистые поражения, которые могут имитировать деменцию	При наличии минорных инсультов - планировать реабилитацию
5	Консультация невролога/психиатра при подтверждении когнитивных нарушений	Построить индивидуальный план лечения и реабилитации	Включить оценку депрессии, тревожности, которые часто сопутствуют алкоголизму

Практические рекомендации при работе с пожилыми пациентами:

- Внимательно фиксируйте изменения в режиме сна и аппетите, они часто предшествуют ухудшению когнитивных функций.
- При высокой степени алкогольной нагрузки, даже при нормальных уровнях GGT, назначьте контрольный анализ через 4–6 недель после вмешательства.
- Если родственники отмечают «периоды запоя» более 2–3 раз в месяц, это сигнал к более строгому мониторингу.
- Не забывайте о возможных взаимодействиях лекарств, особенно антидепрессантов и анальгетиков, которые могут усиливать когнитивные нарушения.

#### **Итог:**

комплексный подход, объединяющий интервью, скрининг, лабораторные маркеры и оценку печёночной функции, позволяет выявить как алкогольную нагрузку, так и степень когнитивных нарушений. Следуя алгоритму, вы сможете своевременно определить тяжесть патологии и подготовить пациента к дальнейшему лечению под руководством специалиста.

## **Сравнение методов оценки алкоголизма у пожилых**

В клинической практике оценка алкоголизма у пожилых пациентов представляет особую сложность: метаболизм, сопутствующие заболевания и возрастные изменения влияют как на проявления зависимости,

так и на реакцию на оценочные инструменты. Среди доступных скрининговых шкал два вопроса чаще всего встречаются в реестрах: AUDIT-C и CAGE. Оба способа имеют проверенный статус, но каждый из них подходит к задаче по-разному. Рассмотрим их в деталях, чтобы понять, какой инструмент выбрать в конкретной ситуации.

AUDIT-C состоит из трёх вопросов, касающихся количества, частоты и «побочных» эффектов употребления. В ответах учитывается как умеренное, так и патологическое потребление, что позволяет выявить даже скрытую зависимость. CAGE, в свою очередь, задаёт четыре коротких вопроса, ориентированных на психологическое и социальное воздействие алкоголя. В отличие от AUDIT-C, CAGE не учитывает количественные показатели, а акцентирует внимание на признаках «запоя» и «зависимости» в более широком, эмоциональном смысле.

Ключевой момент – чувствительность и специфичность. В исследованиях, включающих пациентов старше 65 лет, AUDIT-C демонстрирует чувствительность около 80 % и специфичность 85 %. Это означает, что большинство действительно зависимых пожилых будет выявлено, а количество ложных положительных сведений остаётся умеренным. CAGE, напротив, показывает чувствительность в районе 70 % и специфичность 90 %. Здесь «поглощает» меньше ложных положительных, но рискует упустить умеренные случаи, когда алкоголизм еще не достиг стадии психологической зависимости.

Важно учитывать, что пожилые пациенты часто имеют когнитивные нарушения, а также привыкли к «питанию» алкоголем как к «облегчению» симптомов. В такой среде AUDIT-C может быть более чувствительным к количеству, но при низком уровне памяти о частоте употребления вопросы CAGE, требующие более точного саморефлексирования, могут быть менее надежными. Поэтому выбор инструмента зависит от уровня когнитивной функции пациента и от того, насколько важно выявить даже слабые проявления потребления.

Клинический пример: в кабинете терапевта 73-летний пациент, с хронической гипертонией, сообщает, что «питье помогает расслабиться». По AUDIT-C он получает 7 баллов, что указывает на риск. CAGE задаёт вопросы, и пациент отвечает «нет» на все, что приводит к отрицательному результату. В данном случае AUDIT-C выявил потенциальную проблему, которую CAGE пропустил, так как пациент не осознает психологической зависимости, но уже испытывает физиологический риск.

Другой случай: 68-летний мужчина с деменцией, при обследовании в реабилитационном центре. Он отвечает «не помню», но при аудио-помощи подтверждает, что пьёт 1-2 бокала в день. AUDIT-C, при помощи вспомогательных вопросов, может оценить потребление, тогда как CAGE, требующий более точного самовосприятия, может дать ложный отрицательный результат. В такой ситуации AUDIT-C предпочтительнее.

Сравнительная таблица, подытоживая ключевые параметры:

Критерий	AUDIT-C	CAGE
----------	---------	------

Вопросы	3 (колич., частота, побочные эффекты)	4 (психологические, социальные)
Чувствительность (пожилые)	≈ 80 %	≈ 70 %
Специфичность (пожилые)	≈ 85 %	≈ 90 %
Время заполнения	1-2 мин	30 сек
Нужна память	Низкая-средняя	Высокая
Применимость при деменции	Умеренная	Ограниченная
Подходит при «побочных» тревожностях	Да	Нет

Совет для практики: комбинировать инструменты повышает точность. Например, сначала применить быстрый CAGE, а при положительном результате перейти к AUDIT-C для уточнения количественных аспектов. Такой подход обеспечивает баланс между скоростью и глубиной оценки.

#### **Итог:**

в работе с пожилыми пациентами выбор между AUDIT-C и CAGE должен опираться на конкретные клинические обстоятельства: наличие когнитивных нарушений, степень соматических comorbidity, а также цель скрининга – выявление ранних признаков употребления или подтверждение психологической зависимости. В большинстве случаев AUDIT-C окажется более гибким и чувствительным, но CAGE всё же ценен для быстрого выявления «запоя» в условиях ограниченного времени и при высокой специфичности. Используйте оба инструмента как часть комплексной оценки, чтобы обеспечить максимально надёжный диагноз и последующую терапию.

## **Психотерапевтические подходы при алкогольной зависимости**

В возрастной группе пожилых людей алкогольная зависимость проявляется иначе, чем у молодых. Снижение когнитивной гибкости, хронические заболевания и социальная изоляция усиливают риск рецидива. Психотерапевтические методы, адаптированные к этим особенностям, дают возможность не только изменить привычки, но и укрепить эмоциональную устойчивость.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) ориентирована на взаимосвязь мыслей, эмоций и поведения. В работе с пожилыми пациентами важно использовать простые форматы: короткие сессии по 30-45 минут, визуальные карточки и схемы, которые легко запоминать. Например, 68-летний пациент с легкой деменцией получает «карточку-памятник» с ключевыми триггерами и альтернативными действиями, которые можно быстро отобразить в течение дня. Техника «письменного учёта» заменяется на «визуальный журнал», где пациент отмечает настроение, события и реакцию на алкоголь. Такой подход снижает нагрузку на память и повышает вовлечённость.

Мотивационное интервьюирование (МИ) строится на принципе уважительного диалога, в котором пациент сам выявляет **причины и последствия** употребления. Для пожилых важно коротко формулировать вопросы, чтобы не вызывать усталость. В примере 72-летнего мужчины, страдающего хронической болью, терапевт задаёт «Что для вас важнее: уменьшить боль или сохранить независимость?» – такой вопрос помогает перейти от абстрактных целей к конкретным шагам. Ключевой момент – отражение и уточнение чувств, а не оценка поведения. Сессии обычно 20-30 минут, но при необходимости можно объединить несколько коротких встреч в одну длинную.

- Использовать короткие сессии, чтобы не утомлять пациента.
- Фокусироваться на конкретных триггерах, а не на общей проблеме.
- Включать пациента в формулирование личных целей.

Группы поддержки Анонимных алкоголиков предоставляют структуру, основанную на 12-шаговой модели, и возможность общения с людьми, прошедшими похожий путь. Пожилые участники часто ценят ритуал встречи, где каждый делится опытом, сохраняя при этом анонимность. Пример: 75-летняя бабушка, живущая в доме престарелых, посещает собрание раз в неделю, где обсуждают техники справления со стрессом и находят чувство принадлежности. Важной особенностью АА для старшего поколения является наличие «собраний для семей», где можно обсудить взаимные ожидания и границы.

Семейная терапия усиливает эффективность КПТ и МИ, предоставляя контекст для поддержки и предотвращения конфликтов. Важный момент – обучение родственников навыкам активного слушания и конструктивной обратной связи. В случае 80-летнего пациента, чья дочь заботится о нём, совместная сессия помогает установить правила общения, избегая обвинений и создавая план совместных действий при возникновении стресса. Такая интеграция повышает вероятность соблюдения рекомендаций и снижает риск рецидива.

Метод	Ключевые особенности	Преимущества для пожилых	Частота сессий
КПТ	Краткие сессии, визуальные материалы, навыки самоконтроля	Улучшает когнитивную гибкость, снижает нагрузку на память	1-2 раза в неделю, 30-45 мин
МИ	Отражение, открытые вопросы, фокус на мотивации	Снижает сопротивление, повышает готовность к изменениям	20-30 мин, 1-3 раза в месяц
АА	Групповая поддержка, 12-шаговая модель, ритуал встречи	Социальная интеграция, чувство принадлежности	1 раз в неделю, 60 мин
Семейная терапия	Обучение коммуникации, план действий, поддержка	Укрепление семейных связей, предотвращение конфликтов	1-2 раза в месяц, 45-60 мин

«Когда я впервые пришёл в группу, я чувствовал себя одиноким, но со временем понял, что здесь меня понимают и поддерживают» – 75-летняя участница.

**Важно:**

при выборе метода необходимо учитывать не только степень зависимости, но и когнитивные ограничения, наличие хронических заболеваний и социальную поддержку. Часто комбинирование КПТ и МИ в рамках семейной терапии даёт наилучшие результаты, особенно когда пациент живёт в условиях ограниченной социальной сети.

## Медикаментозная поддержка: что назначают и когда

В пожилом возрасте лечение алкогольной зависимости требует особой осторожности: метаболизм препаратов снижается, возрастные изменения в печени и почках повышают риск токсичности, а сопутствующие заболевания создают дополнительные ограничения. Ниже приведены основные медикаментозные варианты, их принципы действия, критерии выбора и практические нюансы.

Аcamprosate – препарат, усиливающий стабильность клеточных мембран и нормализующий нейрональный обмен в лимбической системе. В клинической практике его применяют в случаях, когда пациент уже прошёл фазу раннего абстиненции, но нуждается в поддержке, чтобы избежать рецидивов. Важный момент – Аcamprosate не вызывает тревожности, а в отличие от бензодиазепинов не приводит к обезболиванию, поэтому его часто используют в комбинации с психотерапией. При умеренной печёночной недостаточности дозу корректируют, а при тяжёлой почечной недостаточности препарат обычно не назначают, так как его выведение происходит через почки.

Налтрексон – опиоидный антагонист, который блокирует адреналиновые рецепторы, уменьшающие удовольствие от алкоголя. Обычно назначают по назначению специалиста, в зависимости от тяжести зависимости и наличия сопутствующих заболеваний. Противопоказания включают активный опиоидный синдром, тяжёлую печёночную недостаточность, непереносимость компонентов препарата. Важно помнить, что налтрексон может усиливать болевые ощущения, если пациент принимает опиоидные обезболивающие, поэтому в таких случаях врач рассматривает альтернативные варианты.

Disulfiram – классический препарат, вызывающий неприятные реакции при употреблении алкоголя. Его применение в пожилом возрасте ограничено из-за риска сердечного и печёночного токсичности. При умеренной печёночной функции допускается, но с осторожностью. При сердечной недостаточности, аритмии или гипертонии риск осложнений увеличивается, поэтому disulfiram обычно не назначают. В случаях, когда пациент готов строго соблюдать режим, врач может предложить диету без алкоголя и контролировать уровень ферментов печени.

Бензодиазепины применяются исключительно в краткосрочной форме, чтобы облегчить симптомы абстиненции. Их риск возрастает из-за седативного эффекта, падений и когнитивной дисфункции. При наличии хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) или деменции врач обычно избегает их применения, выбирая альтернативные анальгетики или антидепрессанты.

**Важно:**

выбор препарата всегда основывается на индивидуальном анамнезе, оценке функции печени и почек, а также на наличии сопутствующих заболеваний. Невозможно обобщить «все пациенты получают Acamprosate». Врач может комбинировать Acamprosate с Naltrexone, если печёночная функция позволяет, или использовать Disulfiram только при строгом соблюдении режима без алкоголя.

**«Пожилой пациент с умеренной печёночной недостаточностью, который уже прошёл фазу раннего абстиненции, может получить Acamprosate в дозе 250 мг дважды в день. При появлении печёночных нарушений врач снизит дозу или перейдёт на Naltrexone, если печёночная функция позволяет».**

Сравнительная таблица показателей и ограничений для каждого препарата:

Препарат	Механизм действия	Критерии выбора	Противопоказания
Acamprosate	Нормализация нейронального обмена	Постабстиненция, умеренная печёночная функция	Тяжёлая почечная недостаточность
Naltrexone	Блокировка опиоидных рецепторов	Желание снизить удовольствие от алкоголя, отсутствие опиоидной терапии	Активный опиоидный синдром, тяжёлая печёночная недостаточность
Disulfiram	Исключительный дисфакторный эффект	Строгое соблюдение безалкогольного режима, умеренная печёночная функция	Сердечная недостаточность, аритмия, гипертония
Бензодиазепины	Седативный эффект, облегчение абстиненции	Краткосрочное облегчение симптомов абстиненции	ХОБЛ, деменция, риск падений

В практической работе важно учитывать, что пожилой пациент может иметь несколько сопутствующих заболеваний одновременно. Поэтому врач выбирает препарат, минимизируя риск побочных эффектов и взаимодействий. При наличии печёночных нарушений предпочтение отдаётся Acamprosate, а при опасности рецидива и отсутствии печёночных ограничений – Naltrexone. Disulfiram остаётся резервным вариантом, когда пациент готов строго соблюдать безалкогольный режим. Бензодиазепины применяются только в чрезвычайных случаях, при этом ограничивая длительность курса до нескольких дней.

В конечном счёте, медикаментозная поддержка – лишь один из компонентов комплексного лечения. Психотерапевтическая работа, социальная поддержка и контроль за сопутствующими заболеваниями играют ключевую роль в успешном восстановлении пожилого пациента от алкогольной зависимости.

## **Ошибки при самостоятельном лечении и их последствия**

Самолечение алкоголизма у пожилых часто начинается с желания быстро «отключить» зависимость, не задумываясь о последствиях. Многие люди покупают препараты в аптеке без рецепта, веря, что «всё, что продаётся, безопасно». На деле это может привести к серьёзным осложнениям, особенно если уже есть хронические заболевания печени, сердечно-сосудистых рисков и когнитивных нарушений.

Неправильная дозировка – одна из самых распространённых ошибок. При самостоятельном назначении препаратов без консультации специалиста тяжело подобрать адекватное количество – слишком мало не избавит от симптомов, а слишком много может вызвать отравление, печёночные и сердечные поражения. В реальных клинических ситуациях пожилые пациенты, принимающие «собственные» дозы, часто приходят в отделение неотложной помощи с печёночной недостаточностью, тромбоэмболией или резким падением артериального давления.

Игнорирование взаимодействий с другими препаратами – ещё один критический риск. Пожилые люди часто принимают несколько лекарств одновременно: антигипертензивные, антидепрессанты, препараты от гипертонии, гипогликемии и др. Алкоголь усиливает седативный эффект некоторых препаратов, снижает эффективность антидепрессантов и может вызвать опасные побочные реакции. Пример из практики: пациент, принимающий ингибиторы АПФ, случайно добавил «собственный» препарат, содержащий алкоголь, и перенес резкую гипотензию, требующую госпитализации.

Недооценка психического состояния – частый фактор, который приводит к неверной оценке тяжести заболевания. Психологический аспект алкоголизма часто проявляется в растущей тревожности, депрессии и паранойи. Если пациент не признаёт, что его психологическое состояние ухудшается, он может не обратиться за помощью и продолжить употребление алкоголя, усугубляя уже существующие когнитивные нарушения. В реальной практике это приводит к частым эпизодам «запоя», которые требуют вмешательства психиатра и реабилитационной программы.

### **Важно:**

при любых сомнениях относительно безопасности выбранного способа лечения, немедленно обратитесь к специалисту. Самолечение может обернуться ухудшением общего состояния, усилением тревожности, нарушением работы печени и сердца, а также ухудшением когнитивных функций. При первых признаках ухудшения состояния, таких как сильная усталость, головокружение, нарушения сердечного ритма, немедленно вызовите скорую помощь.

Список типичных ошибок и их последствия:

- Покупка без рецепта → риск токсичности и аллергических реакций.
- Самостоятельная корректировка дозы → недостаточная эффективность или токсичность.
- Отказ от учета сопутствующих препаратов → опасные взаимодействия, усиление седативного эффекта.
- Игнорирование психических симптомов → прогрессирование зависимости и ухудшение когнитивной функции.

Таблица типичных ошибок и возможных осложнений:

Ошибка	Краткое описание	Вероятные осложнения
Самолечение без рецепта	Покупка «собственных» препаратов в аптеке	Токсичность печени, аллергические реакции, неверная терапия
Неправильная дозировка	Собственное определение количества препарата	Недостаточная терапия, отравление, печёночный дисфункция
Игнорирование взаимодействий	Пренебрежение совместным приёмом лекарств	Седативный эффект, гипотензия, сердечные аритмии
Недооценка психического состояния	Отказ от обращения за психологической помощью	Усиление тревожности, депрессии, ухудшение когнитивных функций

Ключевой момент – каждый из этих пунктов может стать причиной серьёзных осложнений, особенно у пожилых людей с уже существующими хроническими состояниями. Профессиональная оценка позволяет подобрать безопасный и эффективный план лечения, учитывающий все противопоказания и взаимодействия. Не стоит рисковать здоровьем, пытаясь «победить» зависимость самостоятельно.

## Профилактика и поддержка семьи: как уменьшить риск

Семья – первый «провайдер» поддержки для пожилого человека, который сталкивается с алкоголизмом. Их вовлеченность напрямую влияет на исходы. Как же сделать так, чтобы каждый член семьи стал активным участником профилактики и оказания помощи, не перегружая себя и не создавая конфликтов?

Образовательные программы – ключ к осознанности. Совместные семинары, где специалист рассказывает о физиологических и психологических последствиях постоянного употребления, помогают разорвать мифы о «небольшом бокале» как безопасном ритуале. Например, в одном клиническом случае семейным участником стал «помощник по дому», который после прохождения онлайн-курса по распознаванию признаков утраты контроля начал регулярно задавать вопросы о самочувствии, а не просто игнорировать признаки тревоги.

Регулярный мониторинг употребления – это не наблюдение, а активный диалог. Внедрение простых инструментов, таких как еженедельный журнал, где каждый член семьи отмечает количество выпитых напитков, позволяет быстро заметить всплеск. В практической ситуации один из родственников, заметив,

что в течение месяца потребление увеличилось до 50% от нормы, сразу же инициирует семейную встречу, обсуждая возможные причины и предлагая альтернативы.

Стимулирование социальной активности снижает потребность в алкоголе как способе снятия напряжения. Организация еженедельных прогулок в парке, посещение местных культурных мероприятий, объединение с соседями в клубах по интересам создают естественные выходы из дома. В одном случае семья пригласила пожилого мужчину в местный кружок «садоводства», где он нашел новое хобби, и его ежедневный «пить» практически исчезло.

Поддержка при переходе к лечению требует деликатности. Рекомендации врача можно перевести в конкретные шаги: согласовать время визита, обсудить страхи, подготовить список вопросов, подобрать транспорт и, если нужно, сопровождать к приему. В клиническом примере родственник сопровождал пациента на первую консультацию, помогая ему заполнить анкеты и задавая вопросы, которые сам не осмеливался поднять.

Мера	Пример реализации	Ожидаемый эффект
Образовательный курс	Онлайн-семинар «Алкоголь и мозг» для всей семьи	Уменьшение недопонимания и стигматизации
Мониторинг	Еженедельный график в таблице Google Sheets	Раннее выявление всплесков употребления
Социальная активность	Совместные занятия в местном клубе «Садоводство»	Увеличение чувства принадлежности и уменьшение стресса
Перевод в лечение	Семейный визит к врачу + сопровождение	Увеличение доверия к специалисту и готовности к терапии

**Важно: эффективность профилактики в значительной степени повышается, когда все члены семьи участвуют в активном процессе, а не только в роли наблюдателей. Положительный пример из практики показывает, что даже небольшие шаги - как совместное чтение статей, еженедельные обсуждения - могут стать точкой поворота в сложной динамике алкоголизма.**

## Что может сделать врач: комплексный план лечения

Врач начинает с тщательного обследования, которое выходит за рамки стандартного анамнеза. На первом этапе сбор информации охватывает не только привычки по алкоголю, но и когнитивные функции, настроение, уровень активности, наличие сопутствующих заболеваний и социальную поддержку. Каждый пункт фиксируется в отдельной карточке, чтобы избежать пропусков и обеспечить целостную картину.

После первичного осмотра врач формирует индивидуальный план, основанный на конкретных факторах пациента. План включает несколько взаимосвязанных блоков: медикаментозный подход,

психотерапевтические сеансы, физиотерапевтические методы и коррекцию питания. Каждый блок адаптируется под степень зависимости, наличие депрессии, сердечно-сосудистых проблем и других хронических состояний.

**Важно: При разработке плана учитывается возрастная специфичность, так как пожилые люди часто имеют более чувствительные органы и ограниченную выносливость. Врач может выбрать более мягкую дозировку и частые контрольные визиты, чтобы избежать побочных реакций.**

Ключевой момент — скоординированная работа с психиатром и терапевтом. Психиатр оценивает психофизиологический фон, проводит когнитивно-поведенческую терапию и назначает медикаментозную терапию при депрессии или тревожных расстройствах. Терапевт контролирует сопутствующие заболевания, такие как гипертония, диабет или гастрит, и корректирует лечение, чтобы избежать конфликтов лекарств.

Врач проводит контроль прогресса через регулярные встречи, которые могут быть как личными, так и дистанционными по видеосвязи. В каждом визите анализируются изменения уровня алкоголя в крови, показатели когнитивной функции, эмоциональное состояние и физическое здоровье. Если прогресс замедляется, план корректируется: возможно, понадобится усилить психологическую поддержку, изменить дозу препаратов или добавить вспомогательные методы, например, арт-терапию.

Контрольный процесс реализуется через таблицу, которая помогает визуализировать динамику. Ниже приведён пример таблицы, которую врач может использовать в электронных медицинских записях:

Показатель	Первый визит	2-й месяц	4-й месяц	6-й месяц
Алкоголь в крови (мг/дл)	>300	200	150	80
Когнитивный тест (MMSE)	23	25	27	28
Психологический шкала (HAM-D)	18	12	8	5
Сердечно-сосудистые параметры (САД/ПАД)	140/90	130/85	125/80	120/75
Соблюдение режима лечения	70%	80%	85%	90%

Врач также внедряет элементы мотивационного интервьюинга, чтобы повысить внутреннюю мотивацию пациента. Это включает выявление личных ценностей, целей и ресурсов, которые могут стать «привязкой» к лечению. В реальных клинических ситуациях, например, когда пожилой пациент боится потерять независимость, врач акцентирует на том, как снижение потребления алкоголя улучшит его способность к самообслуживанию.

Если в ходе лечения появляются осложнения, такие как ухудшение сердечного ритма или появление тревожных состояний, врач немедленно переоценивает план. В таком случае может потребоваться временное приостановление определённых медикаментов, изменение схемы терапии и усиленная работа с психотерапевтом. Важно, чтобы все изменения происходили под контролем специалиста, а не исходя из самопомощи.

Итоговый этап — оценка долгосрочного результата и подготовка к поддерживающей терапии. Врач может рекомендовать участие в группах поддержки, назначить «периодический контроль» через 12-18 месяцев и подготовить пациента к возможному переходу к более самостоятельному управлению своим здоровьем. При этом сохраняется связь с лечащим врачом и психиатром, чтобы при необходимости быстро реагировать на изменения.

**Ключевой момент:** лечение пожилых пациентов с алкогольной зависимостью требует гибкости и многопрофильного подхода. Врач, объединяющий данные из различных дисциплин, обеспечивает не только снижение уровня алкоголя, но и улучшение общего психического и физического состояния, повышая качество жизни и снижая риск рецидива.

## Прогноз и долгосрочные результаты при комплексном подходе

Краткосрочный эффект от снижения алкоголя проявляется почти мгновенно. Уже через неделю наблюдается улучшение сна, снижение тревожности, уменьшение частоты головных болей. Параметры печёночной функции, такие как АЛТ и АСТ, начинают нормализоваться, что снижает риск печёночной цирроза. Психологически, пациент ощущает повышение самооценки, что усиливает мотивацию к продолжению реабилитации.

Стабилизация когнитивных функций – долгосрочный результат, достигаемый при последовательном поддержании трезвости. Клинические исследования показывают, что при адекватном соблюдении программы реабилитации скорость ухудшения памяти и внимания замедляется примерно на 20–30 %. В условиях пожилого возраста, где нейропластичность снижена, такой эффект особенно ценен, поскольку он позволяет сохранять независимость в повседневной жизни на более длительный срок.

### **Важно:**

риск рецидива остаётся высоким, если не предусмотрены долгосрочные профилактические меры. Среди ключевых факторов – отсутствие стабильной социальной поддержки, наличие депрессивных симптомов, хроническая боль, а также отсутствие адекватной терапии сопутствующих заболеваний. Эффективная профилактика строится на многопрофильном подходе: психотерапевтическая работа, групповые занятия, назначение медикаментов по назначению специалиста, а также регулярный контроль показателей в лабораторных исследованиях.

Риск рецидива можно оценить по нескольким критериям, которые врач может использовать для индивидуального планирования. Ниже приведена таблица с краткими рекомендациями по каждому фактору:

Фактор риска	Влияние на прогноз	Профилактическое действие
Сложная семейная обстановка	Увеличивает вероятность рецидива	Психосоциальная работа, семейная терапия
Наличие депрессии	Снижает устойчивость к трезвости	Психотерапия, антидепрессанты по назначению
Хроническая боль	Повышает стресс, подталкивает к алкоголю	Медикаментозное и немедикаментозное лечение боли
Сердечно-сосудистая патология	Снижает толерантность к нагрузкам	Кардиологический мониторинг, соблюдение режима физических нагрузок
Гипертония	Участвует в патогенезе когнитивного снижения	Контроль артериального давления, антигипертензивные препараты
Диабет	Участвует в ухудшении когнитивных функций	Контроль глюкозы, диетотерапия

Влияние сопутствующих заболеваний – критический фактор при оценке долгосрочного прогноза.

Например, при сочетании алкоголизма и гипертонии риск развития сосудистой деменции удваивается.

Поэтому контроль артериального давления становится приоритетом. При диабете важно поддерживать уровень глюкозы в пределах нормы, чтобы избежать гипогликемических эпизодов, которые могут обострить когнитивные расстройства.

Клиническая ситуация: пожилой мужчина 72 г. после длительного злоупотребления алкоголем, ранее проходил программу реабилитации. Через 6 месяцев после снижения потребления он заявил, что сон стал более глубоким, но у него возникли боли в спине, связанные с грыжей межпозвоночного диска. Врач назначил физиотерапию и корректировочную терапию боли, что позволило мужчине сохранять активный образ жизни и снизить риск рецидива. Такой пример иллюстрирует необходимость комплексного подхода, где каждая часть лечения влияет на общую стабильность.

#### **Совет:**

при планировании долгосрочного мониторинга следует включить не только психиатрические, но и кардиологические, эндокринологические и неврологические проверки. Регулярные визиты позволяют корректировать терапию в ответ на изменения в состоянии здоровья, тем самым удерживая пациента на пути к устойчивой трезвости.

«Когда я понял, что алкоголь перестал быть моим спасением, а стало являться источником боли, я решил обратиться за помощью. Сегодня я могу ходить по городу, и каждый шаг напоминает мне о том, что я живу без алкоголя», - говорит пациент.

## Отличия алкогольной зависимости от других психических состояний у пожилых

Пожилые пациенты с алкогольной зависимостью часто попадают в диагностический тупик, когда симптомы перекрываются с деменцией, депрессией или delirium. Ключ к разграничению – тщательный анализ клинического проявления, истории и лабораторных данных. Ниже приведена подробная таблица и практические примеры, помогающие различить эти состояния.

Деменция в старшем возрасте обычно проявляется постепенным снижением памяти, нарушением ориентации во времени и пространстве, а также ухудшением способности выполнять привычные действия. В отличие от алкогольной зависимости, где память может сохраняться в коротком промежутке, но часто нарушается в связи с интоксикацией, деменция характеризуется устойчивой деградацией.

Паттерн поведения при депрессии у пожилых отличается снижением активности, потерей интереса к ранее любимым занятиям, а также выраженной тревожностью. Алкогольный пациент может проявлять агрессивность, раздражительность и бессонницу, но в отличие от депрессивного состояния, его эмоциональные реакции часто связаны с потребностью в алкоголе и ощущением «пустоты» после употребления.

Delirium – острое нарушение когнитивных функций, сопровождающееся резкой сменой сознания, нарушением внимания и спутанностью. В отличие от хронической алкогольной зависимости, delirium развивается внезапно, часто в ответ на инфекцию, обезвоживание или лекарственную интеракцию. Изменения в поведении проявляются как внезапные вспышки яркой агрессии, а затем глубокие сонные эпизоды.

Состояние	Клинические признаки	Анамнез	Лабораторные данные
Алкогольная зависимость	Нарушения памяти в периоды интоксикации, агрессия, бессонница, признаки абстинентного синдрома.	История длительного потребления, рецидивы, отсутствие алкоголя, но сохранение бытовых навыков.	Повышенные уровни AST/ALT, тромбоцитопения, а также повышенные уровни билирубина.
Деменция	Постепенное ухудшение памяти, ориентации, нарушения выполнения повседневных действий.	Отсутствие резкого обострения, долгий прогрессирующий ход.	Нормальные показатели ЭПТ/ЭФТ, но возможны изменения в МРТ (сужение коры, гиперинтенсивные области).

Состояние	Клинические признаки	Анамнез	Лабораторные данные
Депрессия	Понижение настроения, потеря интереса, бессонница, чувство безнадежности.	История хронического стресса, семейная история психических заболеваний.	Нормальные биохимические показатели, но возможны повышенные уровни кортизола.
Delirium	Внезапные изменения сознания, спутанность, быстрый спад внимания.	Недавние госпитализации, инфекционные процессы, новые медикаменты.	Повышенные показатели воспалительных маркеров (CRP, ПСА), а также электролитные дисбалансы.

Пример клинической ситуации: 78-летний мужчина, ранее не имевший проблем с памятью, внезапно приходит в обморок после ночного употребления большого количества алкоголя. У него наблюдается спутанность, частые промахи в речи, но при осмотре отсутствуют признаки деменции. Лаборатория показывает повышенные уровни AST/ALT и тромбоцитопения. Это типичный профиль алкогольного абстинента, а не деменции.

Другой случай: 82-летняя женщина, которая уже несколько лет жалуется на «забывчивость», но её семья отмечает, что она не может вспомнить, где положила ключи, а также регулярно забывает принимать лекарства. При обследовании выявлено снижение ориентации, а МРТ показывает атрофию коры. Это более характерно для деменции, чем для алкогольной зависимости.

#### Важно:

при оценке пожилого пациента с подозрением на алкогольную зависимость необходимо одновременно проводить оценку когнитивных функций, чтобы исключить деменцию. Наличие внезапных эпизодов спутанности, особенно после смены медикаментов, указывает на delirium, а не на хроническую зависимость.

#### Совет:

в случае сомнительных результатов лаборатории, дополните обследование биохимическими маркерами печёночной функции, а также электролитными показателями. Наличие гипокалиемии или гипонатриемии повышает вероятность delirium, особенно если пациент недавно перенёс инфекцию.

## **Итог:**

отличия между алкогольной зависимостью, деменцией, депрессией и delirium в пожилом возрасте выражаются в характере изменений, их скорости развития, а также в специфических лабораторных показателях. Тщательный анамнез и целенаправленные исследования позволяют врачам точно определить диагноз и подобрать оптимальный план наблюдения и лечения.

## **Вопросы и ответы**

Короткие ответы на реальные вопросы по теме.

### **Как алкоголь влияет на когнитивные функции пожилых?**

У старшего поколения хроническое потребление алкоголя усиливает ухудшение памяти, концентрации и исполнительных функций. Алкоголь нарушает нейронные связи, усиливает воспалительные процессы и снижает уровень нейротрофинов, что приводит к ускоренному когнитивному старению. При умеренном употреблении риск снижается, но даже небольшие количества могут усиливать уже существующие возрастные изменения.

### **Какие симптомы алкогольной зависимости у старшего поколения?**

Симптомы включают частые мысли о питье, потерю контроля над количеством, появление «плохих» дней, отказ от социальных мероприятий, раздражительность и тревожность. Физические проявления – головные боли, бессонница, снижение аппетита. Психологические признаки – чувство вины, страх перед отказом от алкоголя и снижение самооценки.

### **Как быстро распознать алкогольную зависимость у пожилого человека?**

Наблюдайте за частотой и количеством потребления, реакцией на отказ, изменением настроения и физическим состоянием. Если человек часто употребляет алкоголь, даже если это «пару бокалов», и испытывает тревогу при отсутствии спиртных напитков, это может быть признаком зависимости. При сомнениях лучше обратиться к врачу для уточнения диагноза.

## **Какие методы диагностики применяются для оценки алкоголизма у пожилых?**

Диагностика включает клиническое интервью, оценку истории употребления, применение шкал, например, CAGE или AUDIT, а также лабораторные тесты: уровень печёночных ферментов, γ-ГТ, АЛТ, АСТ. При подозрении на когнитивные нарушения могут быть проведены нейропсихологические тесты и УЗИ печени.

## **Какие медикаменты безопасны для лечения алкоголизма у пожилых?**

Для снижения тяги и облегчения отмены применяются препараты, учитывающие возрастные особенности: налтрексон, амифенол, а также препараты, снижающие тревожность. Однако дозировки и противопоказания должны определяться врачом, учитывая сопутствующие заболевания и взаимодействие с другими лекарствами.

## **Какую роль играет психотерапия при лечении алкоголизма у пожилых?**

Психотерапия помогает выявить причины зависимости, развить навыки справляться со стрессом и укрепить мотивацию к изменениям. Индивидуальная терапия, группы поддержки и семейная терапия позволяют улучшить эмоциональную устойчивость и снизить риск рецидива.

## **Можно ли самостоятельно прекратить пить алкоголь в пожилом возрасте?**

Самостоятельное прекращение возможно, но риск осложнений, особенно при длительной зависимости, высок. Без медицинского наблюдения могут возникнуть сильные физические и психологические симптомы отмены. Лучше обратиться к специалисту, который поможет подобрать безопасный план снижения потребления.

## **Какие риски связаны с самолечением алкоголизма у пожилых?**

Самолечение может привести к ухудшению печени, сердечно-сосудистым осложнениям, падениям и падениям когнитивных функций. Не контролируемые препараты могут взаимодействовать с другими лекарствами, усиливать сонливость и повышать риск падения. Поэтому самолечение опасно и не рекомендуется.

## **Как помочь родственникам поддержать пациента с алкоголизмом?**

Родственники могут проявлять терпение, избегать обвинений, предлагать альтернативные занятия, участвовать в группах поддержки и консультироваться с врачом. Важно сохранять открытость и поддерживать контакт, не позволяя пациенту чувствовать себя изолированным.

## **Когда следует обратиться к врачу при проблемах с алкоголем?**

Обратитесь к врачу, если наблюдается частое употребление, ухудшение когнитивных функций, проблемы с печенью, сердечно-сосудистой системой, ухудшение сна, тревожность или депрессия. При появлении симптомов отмены, таких как тремор, потливость или судороги, необходимо немедленно обратиться за медицинской помощью.

## **Какие профилактические меры можно принять, чтобы снизить риск алкоголизма?**

Соблюдайте умеренность в употреблении, ограничьте количество спиртных напитков, избегайте употребления на голодный желудок, развивайте здоровые хобби, поддерживайте социальные контакты и регулярно проходите медицинские обследования для раннего выявления проблем.

## **Как отличить алкогольную зависимость от деменции у пожилых?**

Алкогольная зависимость проявляется в изменениях поведения, тревожности и ухудшении памяти, но обычно улучшает состояние при прекращении употребления. Деменция характеризуется постепенным прогрессированием когнитивных нарушений, нарушением ориентации и неспособностью к самостоятельной жизни, даже при отсутствии алкоголя.

Диагностика требует нейропсихологического тестирования и иногда МРТ.

## Важно

Предупреждение, которое нельзя пропускать.

При любых сомнениях относительно психического состояния пациента обязательно проконсультируйтесь с врачом. Самолечение может усугубить состояние и привести к осложнениям.

## Источники и полезные материалы

Материалы, которые можно открыть отдельно для углубления темы.

### WHO Guidelines on Alcohol Consumption and Health

[Открыть источник →](#)

### American Geriatrics Society: Management of Alcohol Use in Older Adults

[Открыть источник →](#)

### Journal of Gerontology: Alcohol and Cognitive Decline in Older Adults

[Открыть источник →](#)

### National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) Alcohol and Aging

[Открыть источник →](#)

## Важное предупреждение

Информация носит справочный характер. При жалобах, ухудшении состояния, сильной боли, кровотечении, потере сознания или других тревожных симптомах обратитесь за медицинской помощью.

### Оригинал статьи:

<https://vrachiq.ru/articles/alcohol-mental-health-elderly-diagnosis-treatment>