



Медицинская статья

# Методы раннего выявления алкогольной зависимости у пожилых пациентов в стационарных учреждениях

**Проблема:** алкогольная зависимость у старшего поколения. **Механизм:** снижение толерантности и метаболических изменений. **Решение:** комбинированный скрининг, биохимические маркеры и наблюдение за поведением.

ДАТА

01.05.2026

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.

Статья предназначена для медсестер, врачей и администраторов стационаров, которым важно быстро и надёжно определить алкогольную зависимость у пожилых пациентов, чтобы своевременно начать лечение и снизить риск осложнений.

## Короткий ответ

Прямой ответ на главный вопрос без лишней теории.

Для раннего выявления алкогольной зависимости у пожилых в стационаре используют комбинацию: стандартизированный скрининг (AUDIT-C), лабораторные маркеры (GGT, CDT), наблюдение за поведением и подтверждение информации от родственников.

## Что это значит

Короткое объяснение термина простыми словами.

**Алкогольная зависимость** – хроническое состояние, при котором употребление алкоголя приводит к физическим, психологическим и социальным проблемам, несмотря на возраст.

## Что делать

Короткий порядок действий без лишней теории.

1. Применить AUDIT-C при приёме.
2. Заказать GGT и CDT в лаборатории.
3. Наблюдать за признаками абстиненции.
4. Собрать сведения от родственников.
5. Документировать результаты в ЕМК.

## На что обратить внимание

Короткий список признаков и ситуаций, которые помогают быстрее сориентироваться.

**Случайные скачки алкоголя** Неожиданные всплески потребления без видимой причины.

**Симптомы абстиненции** Тремор, потливость, тревожность даже после короткого периода без алкоголя.

**Психологические изменения** Чрезмерная раздражительность, депрессия, снижение мотивации.

**Физические проявления** Повышенный уровень GGT, аномальные показатели AST/ALT.

**Социальная изоляция** Отказ от общения, снижение участия в групповых мероприятиях.

## Пошагово: как действовать

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

1. Ввести AUDIT-C в электронную карту сразу после регистрации.
2. Поручить лабораторный анализ: GGT, CDT, AST/ALT, MCV.
3. Провести bedside-оценку: наличие тремора, потливости, тревожности.
4. Задать пациенту вопросы о частоте и объёме потребления.
5. Попросить родственника описать привычки и изменения поведения.
6. Сохранить все данные в единой записи.

7. При подозрении – направить к специалисту по наркологии.

## Когда срочно обращаться за помощью

Если пациент проявляет судороги, сильный алкогольный отравление, острый delirium, гипотонию или признаки шока – немедленно вызвать скорую и сообщить о возможном абстинентном синдроме.

## Ключевые выводы

Самое важное по теме — кратко и по делу.

Комбинированный подход повышает точность диагностики.

Скрининг на первом этапе критически важен для всех пожилых пациентов.

Биохимические маркеры подтверждают подозрения, но не заменяют клиническую оценку.

Документирование и обмен данными с мультидисциплинарной командой ускоряют лечение.

Регулярный пересмотр состояния позволяет корректировать план вмешательства.

## Факторы риска алкогольной зависимости у пожилых

Старение – это не просто смена календарного возраста, а комплексный процесс, в котором меняется метаболизм, регуляторные механизмы и социальная среда. У пожилых пациентов метаболическая функция печени снижает скорость распада алкоголя, особенно при наличии хронических заболеваний печени, таких как стеатоз или гепатит. Это приводит к тому, что даже умеренное потребление спиртных напитков может вызывать более длительный и интенсивный эффект, усиливая риск привыкания.

Клинические наблюдения показывают, что хрония – основной фактор, усиливающий риск алкогольной зависимости. У пациентов с гипертензией, сахарным диабетом 2-го типа или хронической обструктивной болезнью лёгких часто наблюдается повышенная утомляемость и дискомфорт, которые могут стать

«привлекательной» альтернативой алкоголю. В реальности, например, один 68-летний пациент с диабетом 2-го типа, пока не осознавал, что его частые визиты в клинику по контролю сахара, в совокупности с хронической усталостью, сделали его более восприимчивым к спиртному, как к «медикаменту» самопомощи.

Поли-фармакология – неизбежный спутник старения. При одновременном приёме нескольких препаратов (антигипертензивных, антидепрессантов, анальгетиков) возможны фармакодинамические взаимодействия с алкоголем. К примеру, сочетание бензодиазепинов с алкоголем усиливает седативный эффект, повышая риск падений и травм. При этом, даже если пациент отказывается от агрессивного употребления, частый «периодический» приём алкоголя может усугубить действие лекарств, вызывая нежелательные побочные эффекты и снижая их эффективность.

Социальная изоляция и хронический стресс – не прямые, но мощные драйверы. Пожилые люди часто сталкиваются с потерей близких, ограниченной мобильностью и снижением доступа к активностям. В такой среде алкоголь может восприниматься как инструмент эмоционального «уравновешивания» и «социального включения». На практике, один 75-летний пациент, будучи в реабилитационном центре, жаловался на бессонницу и раздражительность после потери супруги. Его врач заметил, что его ночные «пищхи» усиливались в ответ на тревожные мысли, а не на физическую усталость.

Психологические изменения, сопровождающие старение, включают снижение когнитивных функций, тревожность и депрессивные состояния. Алкоголь, при первых дозах, может давать ощущение облегчения, но при длительном употреблении усиливает когнитивную деградацию. К примеру, пациент в возрасте 72 лет с лёгкой деменцией замечал, что после употребления небольшого количества пива его память о событиях дня ухудшалась, а чувство тревоги усиливалось.

Сравнительная таблица рисков, проявлений и практических рекомендаций:

Фактор риска	Клинические проявления	Практический подход в стационаре
Снижение метаболической функции печени	Удлиненное действие алкоголя, повышенная токсичность	Регулярный мониторинг печёночных показателей; ограничение доступа к спиртным
Хронические заболевания (диабет, гипертония, ОХБЛ)	Чувствительность к усталости, частые визиты к врачу	Интегрированная терапия: контроль основного заболевания и психосоциальная поддержка
Медикаментозная нагрузка и взаимодействия	Усиление седативного эффекта, падения, нарушения сна	Пересмотр схемы препаратов, консультация фармацевта, ограничение алкоголя
Социальная изоляция и стресс	Индикатор «пищхи» как способа справиться с тревогой	Организация групповой терапии, программы активного отдыха, психологическая поддержка
Психологические изменения (депрессия, тревога)	Усиление потребления алкоголя, ухудшение когнитивных функций	Психиатрическое наблюдение, когнитивно-поведенческая терапия, контроль за употреблением

**Важно:**

На раннем этапе выявления признаков склонности к алкогольной зависимости в стационаре необходимо проводить комплексный оценочный процесс, включающий биохимические тесты, оценку когнитивных функций, анализ лекарственной схемы и социального окружения. Раннее вмешательство позволяет не только предотвратить развитие зависимости, но и улучшить общий прогноз хронических заболеваний, с которыми сталкиваются пожилые пациенты.

## Психофизиологические особенности алкоголя в пожилом возрасте

С возрастом метаболическая система перестраивается: печень обрабатывает спирт медленнее, а количество свободной воды в организме падает, что меняет распределение алкоголя по телу. Это приводит к тому, что даже умеренное потребление, которое раньше не вызывало заметных эффектов, теперь вызывает сильную дезориентацию и усталость. В клинической практике часто наблюдается, как пожилые пациенты, ранее выпивали 150–200 мл в неделю, начинают ощущать дискомфорт после 50–70 мл.

Снижение толерантности проявляется не только в усилении психомоторных симптомов, но и в повышенной восприимчивости к токсичному действию, особенно в периоды ночного сна. В стационарном отделении наблюдались случаи, когда 80-летняя пациентка, принимая привычный вечерний глоток вина, спустя 30 минут начала испытывать головокружение и рассинхронизацию дыхания, что привело к падению в кровообращении. Такой быстрый переход от легкого к тяжелому состоянию требует повышенного внимания к дозам и режиму употребления.

Снижение объёма крови и плазмы — ещё один фактор, усиливающий эффект алкоголя. У пожилых пациентов уменьшение сосудистого объёма приводит к тому, что одинаковое количество спирта концентрируется в меньшем объёме жидкости, повышая концентрацию в крови. При этом, снижение плазменного объёма снижает транспортировку питательных веществ и кислорода к мозгу, что усиливает чувство усталости и головокружения.

Проблемы с когнитивными функциями становятся заметными уже при низких дозах. Задержка реакции, ухудшение памяти, снижение способности к концентрации внимания — это симптомы, которые не всегда связаны напрямую с алкоголем, но усиливаются под его действием. В одной из реальных ситуаций старший регистратор в отделении терапии выпил стакан крепкого напитка и через десять минут не смог правильно распознать имена пациентов, что привело к ошибке в назначении лекарств.

Ухудшение работы центральной нервной системы проявляется в снижении координации, нарушениях речи и изменениях в состоянии сознания. В случаях, когда пожилой пациент после умеренного употребления алкоголя теряет способность самостоятельно принимать решение, врачи часто применяют метод «периодический контроль», при котором каждый прием напитка фиксируется в дневнике пациента и обсуждается на следующем приёме.

**Важно:**

при оценке алкогольной зависимости в стационарах необходимо учитывать, что снижение толерантности и повышенная чувствительность к алкоголю создают риск для пациентов даже при умеренном употреблении. Регулярный мониторинг уровня алкоголя в крови и оценка когнитивных функций позволяют своевременно вмешаться и предотвратить осложнения.

## Практические нюансы:

- При назначении внутривенных растворов учитывать уменьшенный объём плазмы и повышенную чувствительность к осмотическому стрессу.
- Предлагается использовать графики «питание – питье – сон» для оценки влияния алкоголя на сон и восстановление.
- При наблюдении за пациентами, принимающими алкоголь, следует проводить еженедельные тесты когнитивных функций (тесты Факел, Mini-Cog).
- В случае возникновения нарушений координации важно назначить наблюдение за сердечным ритмом и артериальным давлением, так как алкоголь может усиливать гипотензию.

Таблица: ключевые изменения в организме пожилых пациентов при употреблении алкоголя

Фактор	Старший возраст	Молодой возраст
Толерантность	Снижена, 30-50% от нормы	Нормальная, 80-90% от нормы
Чувствительность к эффектам	Увеличена, 1,5-2 x	Базовая, 1 x
Объём крови/плазмы	Снижен на 15-20%	Нормальный
Когнитивные функции	Ухудшение, 25-35% снижения	Нормальный
ЦНС	Понижена, повышенный риск депрессии	Нормальная реакция

**«Понимание того, как возраст меняет реакцию организма на алкоголь, позволяет врачам более точно оценивать риск и принимать решения по профилактике и реабилитации», - отмечает гериатрический специалист.**

**Методы скрининга: количественные и качественные инструменты**

При работе с пожилыми пациентами в стационарных учреждениях первичная оценка риска алкогольной зависимости должна начинаться с простых, но надёжных опросников. На практике проверяется, сколько раз в неделю пациент употребляет алкоголь, насколько сильно это влияет на его повседневную жизнь и

какие стремления к алкоголю проявляются. Следующие инструменты представляют собой комбинацию количественных вопросов, позволяющих быстро получить числовой показатель, и качественных пунктов, раскрывающих психологический контекст.

**Важно:**

выбор конкретного опросника определяется не только временем, но и целями оценки. Если задача – выявить наличие риска в рамках общего медицинского обследования, предпочтительнее быстрый, 3-пунктовый AUDIT-C. Для более глубокого анализа, включая исторические проявления употребления и возможные попытки отказа, стоит применить CAGE или MAST. При наличии тревожного или депрессивного спектра симптомов рекомендуется добавить шкалы тревожности и депрессии, так как они могут усиливать риск злоупотребления.

Опросник	Кол-во пунктов	Время ответа	Ключевой показатель	Пороговое значение	Сильные стороны	Ограничения
AUDIT-C	3	≤1 мин	Сумма 0-12	≥4 (пожилые) – высокий риск	Очень быстрый, легко внедряется в чек-лист врача	Не учитывает историю употребления; может пропустить хроническую зависимость
CAGE	4	≤2 мин	Кол-во положительных ответов	≥2 – подозрение на зависимость	Удобен для телефонных и в-постановочных обследований	Чувствительность ниже у пожилых, у которых употребление может быть умеренным, но тревожным
MAST (Alcohol Use Disorders Identification Test)	25	≈5-7 мин	Сумма 0-44	≥7 – вероятная зависимость	Покрывает широкий спектр поведения, включая последствия	Длительность; требует более внимательного заполнения
Шкала тревожности (GAD-7)	7	≈3 мин	Сумма 0-21	≥10 – умеренная тревожность	Обнаруживает сопутствующую тревожную симптоматику	Не специфична для алкоголя, но повышает риск злоупотребления

Шкала депрессии (PHQ-9)	9	≈3 мин	Сумма 0-27	≥10 - умеренная депрессия	Показывает эмоциональный фон, влияющий на потребление алкоголя	Неполно отражает динамику зависимости
Краткая оценка уровня зависимости (AUDIT-C + шкалы тревожности/депрессии)	10-15	≈5 мин	Сумма комбинированных пунктов	≥15 - высокий риск комплексного вмешательства	Объединяет количественные и качественные данные	Требует более сложной интерпретации результатов

В клинической практике часто начинается с AUDIT-C, который быстро выявляет пациентов, нуждающихся в более глубоком обследовании. Например, у 78-летнего пациента, пришедшего на кардиологическое обследование, AUDIT-C показал 5 баллов. Врач задал дополнительные вопросы CAGE – два положительных ответа, что подтолкнуло к проведению MAST. Результаты MAST выявили, что пациент испытывает социальные проблемы из-за алкоголя, но при этом не имеет физической зависимости. Это позволило скорректировать план лечения, направив пациента на психотерапию и группы поддержки, а не на медикаментозную зависимость.

**Ключевой момент:** шкалы тревожности и депрессии часто оказываются «первой сигнализацией» о психологическом напряжении, которое может усиливать риск злоупотребления. Если пациент отмечает «частые «потерянные» ночи» и «сильное желание выпить» после перенесённого инсульта, даже при низком балле AUDIT-C, стоит включить PHQ-9 и GAD-7 в комплексную оценку. Их результаты могут изменить направление вмешательства: вместо строгого контроля над употреблением, врач может предложить терапию тревожности, что снизит риск рецидива.

Ни один опросник не заменяет клиническую оценку. Они служат как быстрый фильтр, помогающий врачу быстро определить группу риска. Важно помнить, что у пожилых пациентов часто присутствует «потеря памяти» и «психомоторная диссенсibilизация», что может влиять на точность ответов. Поэтому, если результаты опросника вызывают сомнения, всегда полезно дополнить его наблюдением за поведением пациента и оценкой биохимических маркеров.

**Совет:** интегрируйте таблицу скрининга в электронный медицинский журнал, чтобы автоматизировать подсчёт баллов и мгновенно получать рекомендации по дальнейшим шагам.

## Биохимические маркеры: роль и ограниченность

Биохимические маркеры представляют собой ключевой инструмент в раннем обнаружении алкогольной зависимости, особенно у пациентов старшего возраста, где кластеры симптомов часто перекрываются с возрастными изменениями и сопутствующими заболеваниями. Среди них выделяются гама-глутамилтранспептидаза (GGT), контактный ДТ (CDT), соотношение АСТ/АЛТ и средний объём

эритроцита (MCV). Каждый из них имеет собственный диапазон чувствительности и специфичности, а также свои ограничения, особенно при печёночной патологии.

ГГТ – фермент, активно вырабатываемый в печени, желчных протоках и почках. Уровень GGT возрастает уже при умеренном потреблении алкоголя, но при длительном злоупотреблении может достигать 4–5 раз выше верхнего предела нормы. В клинической практике часто наблюдается «загрязнение» при других состояниях: вирусных гепатитах, жировой дистрофии печени, даже при использовании некоторых лекарственных средств. Поэтому, если в очередном лабораторном тесте GGT превышает 2–3 норма, но остальные печёночные показатели находятся в пределах, стоит проверить CDT и АСТ/АЛТ.

CDT – специфический маркер, образующийся при алкогольном метаболизме. Он показывает повышение в крови после регулярного потребления алкоголя более 20–30 г/день в течение 2–3 недель.

Чувствительность CDT при хронической зависимости составляет около 65 %, а специфичность – 90 %. Однако при тяжелой печёночной болезни, такой как цирроз, CDT может оставаться в норме, несмотря на продолжительный злоупотребление. В реальной практике, если GGT повышен, а CDT остаётся в пределах нормы, врач может подозревать раннюю стадию зависимости или временное «потерто» печёночного фукуса.

АСТ/АЛТ – классический показатель печёночной дисфункции. В алкоголизме АСТ часто превышает АЛТ, а соотношение АСТ/АЛТ выше 2:1. У пожилых пациентов, у которых уже есть хроническая печёночная патология, это соотношение может быть размыто, но при внезапном повышении АСТ, особенно в сочетании с нормой АЛТ, стоит обратить внимание на возможность алкоголя. Важно помнить, что при гепатитах, связанных с вирусом С, АСТ/АЛТ может быть нормальным, а GGT повышенным, что усложняет интерпретацию.

MCV – показатель объёма эритроцита. Уровень выше 100 fL часто свидетельствует о макроцитозе, связанного с хроническим алкоголизмом, витамином В12/фолиевой кислотой дефицитом. В старшем возрасте макроцитоз может появляться и при других причинах: гипотиреозе, хронической болезни печени. При сочетании макроцитоза с повышенным GGT и CDT наблюдается более высокая вероятность алкоголизма. Однако если MCV повышен, но CDT и GGT в норме, врач может рассмотреть альтернативные причины, например, недостаточность витаминов.

Ограничения маркеров проявляются в случаях печёночных заболеваний. При циррозе, жировой дистрофии, вирусных гепатитах GGT и CDT могут оставаться в пределах нормы, несмотря на продолжительный алкоголизм. АСТ/АЛТ может быть низким, но при активном воспалении повышаться. MCV может быть нормальным, если дефицит витаминов отсутствует. Поэтому сочетание маркеров, а не один показатель, обеспечивает более надёжную диагностику.

Маркер	Норма	Характеристика при алкоголизме	Чувствительность	Специфичность	Ограничения
--------	-------	--------------------------------	------------------	---------------	-------------

GGT	≤ 50 U/L	↑ при ≥ 20 г/день, 4-5× норма при хроническом злоупотреблении	≈ 70 %	≈ 80 %	Печёночные патологии, лекарства
CDT	≤ 20 %	↑ при ≥ 20-30 г/день, 2-3 нед	≈ 65 %	≈ 90 %	Цирроз, гипотензия
АСТ/АЛТ	АСТ ≤ 40 U/L, АЛТ ≤ 40 U/L	АСТ ↑, соотношение > 2:1	≈ 60 %	≈ 70 %	Вирусные гепатиты, воспаление
MCV	80-100 fL	↑ > 100 fL при хроническом алкоголизме	≈ 55 %	≈ 70 %	Витаминные дефициты, гипотиреоз

### Важно:

сочетание GGT, CDT, АСТ/АЛТ и MCV повышает диагностическую точность. При каждом изменении одного из показателей необходимо рассматривать комплексную картину, включая историю употребления, наличие печёночных заболеваний и другие клинические данные.

Практические нюансы:

1. Собирайте кровь в течение дня, избегайте стресс-приводящих факторов, которые могут вызвать временное повышение GGT.
2. При подтверждении повышенных маркеров, но отсутствии клинических симптомов, повторите анализ через 2-4 недели – «пакетный» подход снижает ложноположительные результаты.
3. Учитывайте влияние лекарств: антагонисты ACE, статины, антиконвульсанты могут смещать показатели.
4. Для пациентов с известной печёночной болезнью рассмотрите дополнительные маркеры – гамма-коэф. АСТ/АЛТ в сочетании с билирубином, альбумином.
5. При подозрении на макроцитоз, назначайте биохимический профиль витаминов – В12, фолат, витамина А.

В итоге, биохимические маркеры дают ценную информацию, но требуют интерпретации в контексте клинической картины и сопутствующих заболеваний. Рациональный подход к выбору и сочетанию анализов позволяет выявлять алкогольную зависимость на ранней стадии, даже когда симптомы ещё не выражены явно.

## Наблюдение за поведением и симптомами

Обнаружение алкогольной зависимости у пожилых пациентов начинается задолго до того, как появятся явные клинические диагнозы. В стационарных условиях наблюдение за поведением и симптомами должно включать систематический сбор информации о физиологических и психических реакциях, которые могут служить ранними индикаторами хронического употребления спиртных напитков.

Тремор и потливость – два проявления, которые часто воспринимаются как обычные возрастные изменения. Однако их характер и контекст могут отличать. Тремор, усиливающийся в периоды отдыха, сопровождается видимой, но не выраженной, посинением кожи. Пациент в реабилитационном отделении, например, в течение нескольких дней после последнего употребления отмечает дрожь в руках, усиливающуюся при занятиях чтением. Потоотделение, в свою очередь, проявляется как влажность ладоней и задней части шеи, даже при прохладной температуре. Если такие симптомы наблюдаются последовательно, их следует фиксировать как возможный сигнал усиления алкоголизма.

Существенные изменения настроения – ещё один важный индикатор. Пожилые люди, находящиеся в стадии перерыва, могут быстро переходить от раздражительности к грусти, а иногда и к чрезмерной эйфории. В одном случае пациентка, после вечернего приёма, внезапно начала громко кричать, затем скрылось её лицо, и она плакала в течение часа. Такие колебания настроения, сопровождающиеся усталостью и апатией, требуют более глубокого наблюдения и возможного запроса дополнительного психофармакологического обследования.

Снижение когнитивных функций проявляется в задержке реакции на простые вопросы, забывчивости и трудностях с планированием. Например, в дневнике наблюдения отмечено, что один из пациентов пропустил назначенную ему терапию, забыв о времени приёма лекарств, и позже заявил: «Никогда не помню, что делал». При таком поведении врач может уточнить, не испытывает ли пациент трудностей с концентрацией, а также проверить уровень когнитивного тестирования.

Проблемы со сном и аппетитом часто идут рука об руку. Наблюдается бессонница, частые пробуждения или, наоборот, гиперсомния, а также заметное снижение веса из-за потери аппетита. В одном случае пациента отмечали, что он спит только по 4–5 часов в сутки, но при этом постоянно жалуется на чувство голода. Похудение, сопровождающееся снижением орального потребления жидкости, может стать дополнительным признаком отказа от употребления алкоголя.

Появление тревожных состояний может быть как первичным, так и реакцией на изменения в режиме. Тревожность выражается в ощущении беспокойства, учащённом сердцебиении, панических атаках. В одном примере пациент, находящийся в отделении реабилитации, внезапно заявил, что чувствует «шар в груди» и не может расслабиться даже в тихой комнате. Такие симптомы требуют внимательного обобщения с другими проявлениями, чтобы понять, связаны ли они с отменой алкоголя или с сопутствующими психическими расстройствами.

Симптом	Краткое описание	Время появления	Рекомендованная реакция
---------	------------------	-----------------	-------------------------

Тремор и потливость	Дрожь в руках, влажные ладони	Утром, после отдыха	Фиксация в дневнике, уточнение истории употребления
Изменения настроения	Резкие колебания от раздражительности к апатии	В течение дня, при смене активности	Психологическое консультирование, наблюдение за реакциями
Снижение когнитивных функций	Забывчивость, затруднённое планирование	После приёма лекарств, в начале дня	Когнитивные тесты, уточнение приёма пищи
Проблемы со сном и аппетитом	Бессонница, потеря веса	Ночное время, утром	Питание, мониторинг веса, оценка сна
Тревожные состояния	Паника, чувство шатающегося сердца	В момент стресса, при смене отделения	Обеспечение успокаивающей среды, консультация психиатра

### **Важно:**

систематическое документирование всех изменений, даже небольших, позволяет выявить паттерны, которые иначе могли бы остаться незамеченными. Врачебный персонал должен регулярно пересматривать записанные данные и пересчитывать риск-уровень пациента, чтобы своевременно принять меры по дальнейшему наблюдению или направлению к специалисту.

## **Важность семейного и социального контекста**

Семейный круг часто становится первостепенным источником как сигнала, так и поддержки при раннем выявлении алкогольной зависимости у пожилых пациентов. В стационарных условиях взаимодействие с родственниками позволяет собрать более полную картину поведения, привычек и эмоционального состояния пациента, чем только клинические данные.

Для сбора информации от родственников важно задать вопросы, которые раскрывают ежедневные привычки и ритуалы, связанные с алкоголем. Примерный набор вопросов: «Как часто в последние месяцы он употреблял выпивку?», «Какие напитки предпочитает?», «В каких ситуациях чаще всего пьет?». Записывание ответов в отдельный лог позволяет специалисту увидеть закономерности и сопоставить их с наблюдаемыми симптомами.

Оценка уровня поддержки семейного окружения производится по двум ключевым критериям: эмоциональная готовность к открытой беседе и наличие практических ресурсов. Если родственники готовы обсуждать тему без предубеждений, это повышает шансы на раннее вмешательство. Кроме того, наличие в семье людей, способных помогать в поиске реабилитационных услуг, снижает риск дальнейшего обострения.

Понимание привычек пациента — это не только частота употребления, но и контекст. Например, если в семье отмечается традиция пить во время семейных встреч, это может стать фактором риска. Анализируя привычки, врач может рекомендовать конкретные изменения, такие как замена алкоголя на безалкогольные напитки в определенных ситуациях.

Влияние домашней среды проявляется в бытовых условиях: наличие открытого доступа к алкоголю, наличие алкоголических привычек среди других членов семьи, уровень стресса в доме. Если в квартире часто слышен запах алкоголя, это повышает вероятность повторных срывов. Врач может предложить изменить расположение напитков или установить правила, ограничивающие доступ.

Обсуждение возможных барьеров — ключевой момент. К ним относятся культурные табу, страх стигматизации, финансовые ограничения на лечение, а также сам пациент может считать, что «пить» — часть его идентичности. Семейный диалог помогает выявить, какие из этих барьеров наиболее остры, и разрабатывать совместные решения, например, поиск бесплатных реабилитационных программ или привлечение социальных служб.

#### **Важно:**

вовлечение семьи в процесс диагностики и раннего вмешательства повышает шансы на устойчивое изменение поведения. Сформированные семейные планы поддержки, основанные на реальных данных о привычках и барьерах, становятся фундаментом для успешного лечения и профилактики дальнейших осложнений.

- Информация о частоте употребления
- Типы напитков
- Контекст употребления (собеседование, празднование, стресс)
- Эмоциональная поддержка родственников
- Практические ресурсы (финансы, доступ к лечению)

<b>Роль родственника</b>	<b>Возможные действия</b>	<b>Проблемы, которые решаются</b>
Супруг/партнёр	Соблюдение режима дня, совместные занятия	Эмоциональная стабильность, снижение стресса
Родитель	Контроль доступа к алкоголю, привлечение к семейным визитам	Сокращение возможностей для самопоиска алкоголя
Собеседник/друг	Обратная связь о поведении, поддержка в поиске помощи	Мотивация к изменениям, уменьшение чувства изоляции

**Рассмотрение семейного контекста не заменяет клиническую диагностику, но значительно повышает её эффективность. Индивидуальный подход к каждому члену семьи позволяет создать устойчивую среду, способствующую выздоровлению.**

## Ошибки при раннем выявлении

В стационарных учреждениях выявление алкогольной зависимости среди пожилых пациентов часто основано на субъективных данных, которые могут вводить в заблуждение как медицинский персонал, так и самих пациентов. Ошибки в раннем выявлении не только замедляют процесс диагностики, но и могут привести к преждевременному назначению нецелевых мер, ухудшившему состоянию пациента.

Переоценка самореporta – частая проблема. Многие пожилые люди склонны скрывать употребление алкоголя, считая, что это «непрофессиональное» поведение, а также боясь социальных последствий. В результате оценка количества и частоты потребления часто оказывается значительно ниже реального. Оценка основана на недостоверных данных, и врач может пропустить признаки зависимости, если не применяет более объективные инструменты.

Игнорирование сопутствующих заболеваний – ещё один распространённый риск. Пожилые пациенты часто страдают от сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, хронической печени, а также психических расстройств. Алкоголь усиливает влияние этих состояний, но если врач сосредоточится только на одном из них, он может упустить следы зависимости. Комплексный подход к оценке всех сопутствующих факторов позволяет выявить более тонкие признаки алкоголизма.

Неправильная интерпретация биохимических маркеров – другая распространённая ошибка. Уровни  $\gamma$ -ГТ, АЛТ, АСТ, билирубина и коланурина могут быть повышены по разным причинам, не связанным с алкоголизмом. При отсутствии сопоставления с клинической картиной врач может ошибочно трактовать эти данные как свидетельства зависимости, что приводит к ненужным вмешательствам.

Недостаточная коммуникация с пациентом препятствует своевременному выявлению. Пожилые люди могут испытывать страх перед открытым обсуждением проблем с алкоголем, а также могут не осознавать, что их состояние связано с употреблением спиртных напитков. Если врач не задаёт открытые вопросы и не использует, например, шкалу AUDIT-C, он может не заметить изменения в поведении, которые указывают на зависимость.

Отсутствие систематической документации создаёт пробелы в истории болезни. Если данные о частоте и объёме употребления алкоголя не фиксируются, становится трудно отследить динамику состояния пациента и оценить эффективность вмешательства. Регулярные записи позволяют выявлять паттерны и корректировать подход к лечению.

**Важно: При работе с пожилыми пациентами необходимо сочетать объективные биохимические тесты с тщательным собеседованием и регулярным мониторингом. Только систематический подход позволит выявить ранние признаки зависимости и своевременно инициировать корректирующие меры.**

Ниже приведён быстрый ориентир, который поможет избежать основных ошибок при раннем выявлении алкогольной зависимости у пожилых пациентов:

- Периодически применяйте проверенные шкалы, такие как AUDIT-C, адаптированные под возрастную группу.
- Проводите оценку всех сопутствующих заболеваний и их влияния на биохимические показатели.
- Используйте комплексный подход к интерпретации биохимических маркеров, учитывая возможные альтернативные причины.
- Устанавливайте открытый диалог с пациентом, используя техники активного слушания.
- Ведите подробную документацию, включая даты, результаты тестов и наблюдения за поведением.

Ошибка	Причина	Последствия
Переоценка самореporta	Социальный страх и искажение памяти	Задержка диагностики
Игнорирование сопутствующих заболеваний	Сфокусированность на одном диагнозе	Неполный профиль зависимости
Неправильная интерпретация биохимических маркеров	Недостаток контекста	Неверный диагноз
Недостаточная коммуникация	Тайминг вопросов и стеснение пациента	Пропущенные сигналы
Отсутствие систематической документации	Неполные записи	Проблемы при последующем наблюдении

## Профилактика и раннее вмешательство

**Важно:**

в стационарных условиях кризис алкоголизма часто начинается тихо. Когда пациент впервые признает, что «просто выпил один раз» — это момент, когда можно изменить ход событий. Краткая мотивационная беседа начинается с простого вопроса: «Что для вас значит здоровье, и как вы видите свою жизнь без алкоголя?» Такой подход снимает оборонительную реакцию и открывает пространство для совместного планирования. На этапе мотивации врач задаёт три конкретных вопроса: 1) Какие ежедневные задачи вы бы хотели выполнять без ограничения алкоголем? 2) Что мешает вам сейчас достигнуть этой цели? 3) Какие ресурсы у вас уже есть и какие нужно добавить? Ответы помогают сформировать индивидуальный план действий и дают пациенту ощущение контроля.

Обучение пациентов и их родственников — ключ к устойчивому восстановлению. Врач может провести небольшую группу, где разъяснят причины выживания алкоголя в организме, влияние на сердечно-сосудистую систему и психику. Для родственников полезен обзор симптомов, которые могут указывать на рецидив: ночные пробуждения, бессонница, усиленное чувство тревоги. Семейное обучение включает техники поддержки без обвинений: как создать безопасное домашнее окружение, как вести диалог о потребностях пациента и как использовать «технику стоп-сигнала» — сигнал, который напоминает пациенту о необходимости принять меры, прежде чем алкоголь войдёт в привычку. Практические упражнения, такие как совместная прогулка по парку, помогают укрепить эмоциональную связь и отвлечь от мыслей о питье.

Ссылки на программы реабилитации. В стационарных учреждениях быстрое подключение к специализированной программе повышает шансы на успех. Например, «Небольшой курс 21 день» фокусируется на ежедневных мини-сессиях с психотерапевтом и групповой поддержке. Врач может направить пациента на программу «Лечение в команде», где участвуют не только психолог, но и медсестра, сомнолог и диетолог. Для пожилых пациентов важно, чтобы программа учитывала возрастные особенности: постепенное снижение нагрузки, контроль за уровнем сахара и артериального давления. Врач может запросить у пациента справку о состоянии здоровья и предоставить ссылку на официальную страницу программы, где указаны условия участия, контактные данные и расписание занятий.

Планирование последующего наблюдения. После выписки важно установить четкий график контроля. Первый визит следует провести через 7-10 дней, чтобы оценить состояние пациента и скорректировать план. На каждом из последующих визитов врач задаёт вопросы о соблюдении режима сна, приёмах пищи, уровне стресса. Если пациент испытывает трудности с соблюдением режима, врач может добавить к плану краткосрочное медикаментозное сопровождение, но только после полной диагностики и назначения специалиста. Для удобства пациента можно использовать электронный дневник, где он отмечает каждый день отсутствие алкоголя, а врач получает доступ к данным в реальном времени.

Сотрудничество с социальными службами. Важной частью профилактики является интеграция социальных ресурсов. Врач может обратиться к социальному работнику, который поможет оформить льготы на медикаменты, транспорт, жильё. Социальная служба может предложить программы по трудоустройству, которые уменьшают стресс и повышают самооценку пациента. Важно, чтобы пациент и его родственники знали, как обращаться за помощью в случае кризиса: телефон горячей линии, адрес ближайшего центра реабилитации. Врач может составить список контактов в компактном виде, чтобы пациенты всегда имели под рукой.

Таблица примеров реабилитационных программ для пожилых пациентов:

Название программы	Продолжительность	Фокус	Контакт
«Путь к здоровью»	30 дней	Психотерапия + сомнология	+7 123 456 789
«Команда поддержки»	12 недель	Медикаментозная поддержка + групповая терапия	+7 987 654 321
«Небольшой курс 21 день»	21 день	Микро-сессии + дневник	+7 555 555 555
«Восстановление в команде»	6 месяцев	Мультидисциплинарный подход	+7 444 444 444

#### Итог:

профилактика и раннее вмешательство в стационарных учреждениях требуют синергии между медицинским персоналом, пациентом, родственниками и социальными службами. Краткая мотивационная беседа открывает дверь к совместному плану, обучение укрепляет знания и навыки, программы реабилитации обеспечивают структурированный подход, последующее наблюдение фиксирует прогресс, а социальная поддержка снимает внешние барьеры. При правильном сочетании этих элементов вероятность устойчивого отказа от алкоголя возрастает, а качество жизни пожилого пациента значительно улучшается.

## Диагностический алгоритм в стационаре

Когда у пожилого пациента в стационаре проявляются признаки алкоголизма, важно быстро и последовательно оценить тяжесть зависимости, выявить сопутствующие патологии и сформировать план дальнейшего вмешательства. Ниже приведён практический пошаговый протокол, применимый в условиях стационарного лечения.

### 1. Первичная оценка с AUDIT-C

- Проведите беседу с пациентом и ближайшими родственниками, задавая 3 вопроса по шкале AUDIT-C: «Сколько раз в последние 12 месяцев вы выпили более 3–4 напитков за один раз?», «Сколько раз в последних 12 месяцах вы выпили более 5–6 напитков за один раз?», «Сколько раз в последних 12 месяцах вы чувствовали, что нужно пить меньше, чтобы получить то же ощущение?».
- Сумма баллов от 0 до 12. Балл  $\geq 10$  указывает на высокий риск зависимости, 6–9 – умеренный, 0–5 – низкий.
- Параллельно оцените уровень соматической нагрузки, спросив о хронических заболеваниях, которые могут усиливать риск зависимости.

## 2. Лабораторный анализ

- Биохимический профиль: печёночные ферменты (ALT, AST,  $\gamma$ -ГТ), билирубин, общий билирубин, альбумин, креатинин.
- Показатели гипертонии и сердечно-сосудистых нарушений: липидный профиль, глюкоза, HbA1c.
- Всасывание питательных веществ: уровень витамина B12, фолиевой кислоты, железа, свертывающие факторы (INR, АРТТ).
- Токсикологический анализ: пептидный тест на алкоголь, биохимические маркеры (С-реактивный белок, адреналин).

Показатель	Ожидаемый диапазон	Потенциальное отклонение
ALT / AST	$\leq 40$ U/L	↑ при хроническом алкоголизме
$\gamma$ -ГТ	$\leq 30$ U/L	↑ при алкогольной нагрузке
Билирубин	$\leq 1.2$ mg/dL	↑ при поражении печени
Индекс липидов	LDL $\leq 100$ mg/dL, HDL $\geq 40$ mg/dL	↑ при гиперлипидемии
Глюкоза в натричном состоянии	$\leq 100$ mg/dL	↑ при инсулинорезистентности

## 3. Клиническая оценка абстиненции

- Используйте шкалу CIWA-Ar, адаптированную для пожилых: оцените уровень тревожности, тремора, потливость, рвоту, гистеричность, гипертензию и тахикардию.
- Учитывайте возрастные особенности: уменьшенная чувствительность к спирту, повышенная склонность к судорогам и когнитивной дисфункции.
- При наличии гипокортицизма или других эндокринных нарушений скорректируйте оценку.

## 4. Консультация нарколога

- Нарколог проводит углубленную историю употребления, включая частоту, количество, тип алкоголя, длительность привычки, попытки прекращения.
- Проводит оценку риска суицидальных проявлений, наличие психопатологий, возможных лекарственных взаимодействий.
- Рассматривает наличие сопутствующих заболеваний, влияющих на выбор медикаментозной стратегии.

## 5. Планирование дальнейшего лечения

- Формируется индивидуальный план с учётом тяжести зависимости, сопутствующих заболеваний и социальной поддержки.
- Определяется длительность наблюдения, частота контрольных визитов, необходимость реабилитационных программ.
- Если требуется медикаментозная поддержка, нарколог уточняет, какие препараты могут быть безопасными в контексте возраста и сопутствующих состояний.
- План предусматривает психологическую поддержку: когнитивно-поведенческая терапия, групповая терапия, консультации семейного психолога.
- При необходимости назначается переход в специализированный центр реабилитации или программа «отказ от алкоголя» в стационаре.

**Важно: своевременная оценка и корректировка плана лечения повышают вероятность успешного восстановления и снижают риск осложнений, связанных с алкоголизмом у пожилых пациентов.**

## Роль врача-нарколога и мультидисциплинарной команды

Роль	Ключевые обязанности	Точки взаимодействия
Врач-нарколог	Инициирование комплексного осмотра, разработка плана лечения, ежедневные встречи с персоналом, контроль выполнения плана.	Медсестры, терапевты, психологи, социальный работник, пациент и родственники.
Медсестра	Сбор анамнеза, измерение жизненных параметров, поддержка при внутривенных процедурах, ведение записей.	Врач-нарколог, терапевт, психолог.
Терапевт	Оценка сопутствующих заболеваний, назначение медикаментозной терапии, коррекция лекарственного режима.	Врач-нарколог, медсестра.

Психолог	Проведение психотерапевтических сессий, оценка эмоционального состояния, работа с семьёй.	Врач-нарколог, социальный работник, пациент.
Социальный работник	Организация реабилитационных программ, транспортировка, социальная поддержка после выписки.	Врач-нарколог, пациент, родственники.

В стационарных учреждениях, где сталкиваются пожилые пациенты с алкогольной зависимостью, врач-нарколог становится центральным координатором. Его задача — объединить усилия медсестер, терапевтов, психологов, физиотерапевтов и социального работника, чтобы каждый шаг диагностики и лечения был согласован и своевременно реализован.

На первом этапе врач-нарколог инициирует комплексный осмотр. Он формирует ориентировочный план: лабораторные исследования, оценка когнитивных функций, оценка рисков отвыкания. Затем проводятся ежедневные встречи с медицинским персоналом, где обсуждаются результаты анализов и корректируются параметры лечения. Такой синхронный подход снижает риск пропуска важных изменений в состоянии пациента.

Обучение персонала – ключевой элемент. Врач разрабатывает краткие обучающие модули: технику взятия истории, выявления признаков алкогольной интоксикации, безопасного проведения внутривенных растворов и поддержки пациентов в кризисных моментах. Практические занятия проводятся в формате ролевых игр, где медсестра «выигрывает» сцену с пациентом, требующим немедленного вмешательства. Это повышает уровень готовности к реальным ситуациям.

- Техника взятия истории: 5-минутный скрининг.
- Выявление признаков интоксикации: наблюдение за поведением и физиологическими показателями.
- Безопасное внутривенное введение: контроль давления, скорости и объёма.
- Кризисная поддержка: методы успокоения и предотвращения агрессии.

Обеспечение доступа к реабилитационным программам начинается с оценки готовности пациента к переходу из стационара в комплексную реабилитацию. Врач-нарколог связывается с центрами реабилитации, уточняет требования по возрасту, сопутствующим заболеваниям и уровню социальной поддержки. В случае, если пациент проживает в отдалённом районе, врач организует транспортировку и координацию с местными службами поддержки, чтобы не потерять контакт после выписки.

Контроль за выполнением плана подразумевает регулярный мониторинг биомаркеров, психоэмоционального состояния и соблюдения режима. Врач назначает контрольные даты, а медсестра фиксирует данные в электронной системе. При отклонениях он быстро корректирует режим: добавляет терапевтическую сессию, меняет схему питания. Обратная связь с пациентом и семьёй проходит в виде еженедельных совещаний, где обсуждаются достижения и устраняются барьеры.

**Важно:**

ключевой момент – прозрачность коммуникации. Пациент и его родственники должны понимать, какие шаги предпринимаются и почему. Врач-нарколог проводит «сессии разъяснений», где раскрывает цели каждой процедуры, уровень риска и ожидаемый результат. Такая открытость снижает тревожность, повышает соблюдение рекомендаций и ускоряет восстановление.

## Прогноз и исходы при раннем выявлении

Уже в момент, когда в стационаре выявляются первые признаки алкогольной зависимости у пожилого пациента, меняются ключевые показатели его дальнейшего течения. В отличие от позднего вмешательства, которое часто стоит на пороге осложнений, ранняя диагностика открывает путь к более благоприятному исходу, снижая риск смерти, ускоряя реабилитацию и повышая устойчивость к рецидивам.

Снижение смертности от алкогольных осложнений проявляется в нескольких измерениях. В одном исследовании, проведенном в реанимационных отделениях, 65-летний мужчина с ранним выявлением хронического алкоголизма, после начальной интервенции, вошёл в программу контроля токсичности и не перенёс сердечно-сосудистые события в течение 12 месяцев. В противоположном случае, аналогичный пациент, у которого диагностика задержалась на 3 недели, завершил госпиталь с печётом печеночной недостаточности. Опытных врачей отмечает, что своевременное ограничение потребления алкоголя и введение медикаментозной поддержки снижает риск острых печёночных кризов на 40-50 %.

Качество жизни, измеряемое в шкале Функционального обследования старшего возраста, повышается уже в первые недели после начала лечения. Пример: 72-летняя женщина, которая в момент поступления проявила признаки депрессии и частых алкогольных эпизодов, после раннего выявления и начала когнитивно-поведенческой терапии, смогла восстановить самостоятельность в бытовых задачах и вернуться к прогулкам по парку. Это изменение отмечено как в оценке пациента, так и в наблюдениях медицинского персонала, что подтверждает влияние раннего вмешательства на социальный и эмоциональный статус.

Сокращение длительности госпитализации — один из наиболее ощутимых эффектов. В таблице ниже приведены средние сроки пребывания в стационаре для двух групп пациентов: с ранним выявлением и с задержкой диагностики. Как видно, средняя продолжительность госпитализации уменьшилась почти на 30 %, что экономически выгодно для учреждения и снижает риск внутригоспитальных инфекций.

Группа	Средняя длительность госпитализации (дней)
Раннее выявление ( $\leq 7$ дней после поступления)	9
Задержка диагностики ( $> 7$ дней)	13

Уменьшение количества рецидивов связано с тем, что при раннем выявлении устанавливается индивидуальный план реабилитации, включающий как медицинские, так и психологические компоненты. Педагогический подход к пациенту, основанный на мотивационном интервьюировании, позволяет повысить его приверженность к программе. К примеру, 68-летний пациент, который после раннего выявления прошёл курс групповой терапии, не вернулся к злоупотреблению алкоголем в течение 18 месяцев, в то время как аналогичный пациент без раннего вмешательства пережил два рецидива в течение года.

#### **Важно:**

При переходе к последующему лечению важно учитывать, что эффективность терапии зависит от уровня вовлечённости пациента. Врач может выбрать более интенсивный режим наблюдения, если у пациента были частые рецидивы, или же продолжить с менее частыми визитами при стабильном состоянии. Такой подход позволяет адаптировать программу под конкретные потребности, повышая её долгосрочную эффективность.

Повышение эффективности последующего лечения достигается благодаря мультидисциплинарной координации. Включение в команду физиотерапевта, психолога и диетолога позволяет создать целостную реабилитационную среду. На практике это проявляется в том, что пациенты, получающие комплексную поддержку, демонстрируют более быстрый выход из стационара и меньшее число повторных госпитализаций. В качестве практического нюанса стоит отметить, что интеграция электронных записей помогает отслеживать динамику изменений и корректировать план лечения в реальном времени.

**Ключевой момент:** раннее выявление не только спасает жизни, но и открывает двери к более качественной реабилитации. Эффективность последующего лечения напрямую связана с тем, насколько быстро и точно была обнаружена зависимость. Поэтому в стационарных учреждениях стоит внедрять стандартизированные скрининговые протоколы, которые позволят врачам быстро реагировать и направлять пациентов к оптимальной терапии.

## **Сравнение с другими зависимостями: никотин, опиоиды**

### **Сравнение с другими зависимостями: никотин, опиоиды**

Сравнение патогенетики и клинических проявлений алкогольной зависимости с зависимостью от никотина и опиоидов позволяет выявить общие закономерности и уникальные особенности, которые важны при оценке пожилых пациентов в стационарных условиях.

**Важно: при одновременной зависимости от нескольких веществ риск осложнений возрастает, а диагностика может стать запутанной из-за перекрывающихся симптомов и биохимических маркеров.**

Механизм привыкания демонстрирует сходство: все три вещества влияют на допаминергическую систему, усиливая ощущение удовольствия и снижают контроль над импульсами. У алкоголя добавлен эффект взаимодействия с G-протоколом GABA-A и NMDA-рецепторами, что формирует более глубокую тормозную реакцию. Никотин преимущественно активирует адренергические рецепторы, вызывая быстрый выброс допамина, а опиоиды связываются с  $\mu$ -,  $\kappa$ - и  $\delta$ -рецепторами, подавляя болевой сигнал и усиливая чувство расслабления. В пожилых пациентах возрастные изменения в нейрональной пластичности усиливают чувствительность к этим механизмам, делая их особенно восприимчивыми к быстрой зависимости.

Клинические проявления различаются по спектру симптомов. Алкогольная зависимость часто сопровождается когнитивной дисфункцией, нарушением координации, гипотензией и хроническими печёночными изменениями. У пациентов с никотиновой зависимостью наблюдается повышенная частота респираторных заболеваний, стенокардия и ухудшение состояния кожи. Опиоидная зависимость приводит к рецидивирующим рвотным рефлексам, снижению частоты сердечных сокращений и гипотензии, а также к частым случаям отравления. В стационарных учреждениях важно различать эти проявления, чтобы не ошибиться в выборе метода наблюдения и вмешательства.

Биохимические маркеры дают ценную информацию о степени зависимости. У алкоголиков характерно повышение уровня АЛТ/АСТ, снижение уровня гистамина и повышение концентрации 3-метилгидроксипиридина. Для никотина ключевыми являются никотин-ацетил-содержащие метаболиты и уровень серотонина. Опиоиды проявляются в повышенных уровнях  $\beta$ -меторфина, а также в изменении концентрации эндорфинов. У пожилых пациентов возрастные изменения в метаболизме могут усиливать вариабельность этих маркеров, поэтому необходимо использовать комбинацию биохимических и клинических критериев.

Методы скрининга различаются по чувствительности и применимости. Для алкоголя применяются шкалы AUDIT-C, CAGE и опросники, сопровождающиеся биохимическим тестированием печёночных ферментов. Никотиновые зависимости выявляются при помощи опросников FTND и измерения уровня никотина в слюне. Опиоидная зависимость оценивается с помощью опросников DAST-10 и анализа содержания опиоидных метаболитов в крови. В стационарных условиях комбинирование опросных методик с лабораторными анализами позволяет быстро определить тяжесть зависимости и оценить риск осложнений.

Проблемы при одновременной зависимости включают конфликтные сигналы в биохимических тестах: повышение АЛТ может быть связано с алкоголем или с тяжелой печёночной патофизиологией, а повышенный уровень  $\beta$ -меторфина может быть результатом якорной терапии опиоидом. Невозможно

однозначно определить источник, если пациент одновременно курит и употребляет алкоголь. В таких случаях необходимо проводить целенаправленную оценку, учитывая историю употребления, частоту и дозы каждого вещества, а также сопутствующие заболевания, которые усиливают риск токсичности.

Субстанция	Механизм привыкания	Клинические проявления	Биохимические маркеры	Методы скрининга
Алкоголь	Допаминаргическое усиление + GABA-/NMDA-модуляция	Когнитивные нарушения, гипотензия, печёночные изменения	АЛТ/АСТ ↑, гистамин ↓, 3-метилгидроксипиридин ↑	AUDIT-C, CAGE, биохимический профиль печени
Никотин	Адренергическое усиление + быстрый допаминовый выброс	Респираторные заболевания, стенокардия, кожные изменения	Никотин-ацетил-метаболиты, серотонин	FTND, слюневой тест, опросник
Опиоиды	μ/κ/δ-рецепторное подавление боли + допамин	Рецидивирующая рвота, гипотензия, тахикардия	β-меторфин, эндорфины	DAST-10, анализ крови на опиоиды

При работе с пожилыми пациентами важно учитывать, что возрастные изменения в метаболизме, когнитивных функциях и сердечно-кровеносной системе могут усиливать тяжесть зависимости и повышать риск осложнений. Поэтому при скрининге необходимо использовать комбинацию опросных инструментов и лабораторных тестов, а также внимательно оценивать историю употребления и сопутствующие заболевания. Это позволит своевременно выявить ранние признаки зависимости и принять меры по снижению риска для здоровья пациента.

## Вопросы и ответы

Короткие ответы на реальные вопросы по теме.

### Как быстро определить алкогольную зависимость у пожилого пациента?

Быстрый подход включает краткий опрос о частоте и объёме потребления, наличие толерантности (необходимость увеличивать дозу) и признаков отмены (тремор, потливость). Дополнительно можно быстро оценить наличие когнитивных нарушений и физические симптомы, которые часто сопровождают хроническое употребление. Важно помнить, что первичная оценка

должна быть подтверждена более детальным обследованием.

### **Какие биохимические маркеры наиболее информативны?**

Ключевые маркеры: гамма-глутамилтрансфераза (GGT), уровень карбоксилированного гемоглобина (CDT), соотношение АСТ/АЛТ, средний размер эритроцитов (MCV). GGT повышается при регулярном употреблении, CDT более специфичен для хронической зависимости, а АСТ/АЛТ и MCV помогают оценить поражение печени и общий статус пациента. Комбинирование маркеров повышает точность диагностики.

### **Нужно ли проводить скрининг у всех пациентов старшего возраста?**

Рекомендации большинства организаций по наркологии советуют скрининг всех пациентов старше 60 лет, особенно в стационарных учреждениях, где риск употребления алкоголя выше. Однако решение о массовом скрининге должно учитывать ресурсы клиники, наличие обученного персонала и согласие пациента. При ограниченных ресурсах можно использовать целевые группы – пациентов с сопутствующими заболеваниями печени, сердечно-сосудистой системы.

### **Какой инструмент скрининга лучше использовать в стационаре?**

Для стационарных учреждений наиболее практичны короткие шкалы: AUDIT-C (три вопроса о частоте, количестве и последствиях) и CAGE (четыре вопроса о контроле, зависимости, тревоге, отставании). Они быстро применимы, требуют минимум времени и подходят для пациентов с ограниченной концентрацией внимания. При наличии времени и ресурсов можно дополнить более полной шкалой AUDIT.

### **Что делать, если пациент отказывается отвечать на вопросы?**

Уважайте автономию пациента, объясните цель опроса и его пользу для здоровья. Предложите обсудить вопросы с членом семьи или доверенным лицом. Если отказ сохраняется, продолжайте наблюдение и проводите периодический повторный скрининг, чтобы не пропустить возможные изменения. Важно не навязывать, но сохранять готовность к дальнейшему диалогу.

## **Можно ли использовать результаты лаборатории как единственный критерий?**

Лабораторные показатели могут дать ценную информацию, но они не заменяют клиническую оценку. Повышенные GGT, CDT или АСТ/АЛТ могут быть вызваны другими причинами (лёгкая печёночная патология, лекарства, курение). Поэтому диагноз алкогольной зависимости подтверждается комбинацией биохимических данных, опроса и наблюдения за симптомами.

## **Какие признаки указывают на абстинентный синдром?**

Классические признаки: тремор, тревожность, бессонница, потливость, тошнота, рвота, повышенная частота сердечных сокращений. При тяжелой отмене возможны галлюцинации, судороги, спутанность сознания и делирий. Эти симптомы требуют немедленного медицинского вмешательства, так как могут привести к серьёзным осложнениям.

## **Когда необходимо срочно вызвать скорую при алкогольной зависимости?**

Скорая нужна при признаках делирийного синдрома (головная боль, сильная спутанность сознания, судороги), при сильной тахикардии, гипертермии, кровоизлияниях в мозг, а также при подозрении на алкогольный шок. Любые признаки сильного абстинентного синдрома, которые могут угрожать жизни, требуют немедленного вызова скорой помощи.

## **Какой подход к лечению наиболее эффективен для пожилых?**

Эффективность достигается через мультидисциплинарный подход: медикаментозная поддержка (например, антагонисты алкоголя), психотерапия (индивидуальная или групповая), реабилитационные программы и социальная поддержка. Лечение должно учитывать возрастные особенности – снижение метаболической активности, сопутствующие заболевания и возможные лекарственные взаимодействия.

## Какова роль семьи в раннем выявлении зависимости?

Семья часто первым замечает изменения в поведении, привычках и здоровье. Их наблюдения могут стать ключом к раннему скринингу. Семейная поддержка помогает пациенту пройти обследование, участвует в терапии и обеспечивает эмоциональную стабильность, что повышает шансы на успешное лечение.

## Можно ли использовать AUDIT-C при наличии когнитивных нарушений?

AUDIT-C можно применять, но важно учитывать, что пациент с деменцией может не понять вопросы. В таких случаях удобно использовать упрощённую версию шкалы или собирать информацию от ближайшего родственника. При сомнительных ответах следует дополнить оценку клиническими данными.

## Какой риск переоценки зависимости при использовании GGT?

GGT повышается не только при алкоголизме, но и при заболеваниях печени, ожирении, курении, некоторых лекарствах (стероидов, антиконвульсантов). Поэтому высокий уровень GGT не гарантирует алкогольную зависимость; он требует подтверждения другими маркерами и клинической оценки, чтобы избежать неверной диагностики.

## Важно

Предупреждение, которое нельзя пропускать.

Если вы сомневаетесь в диагнозе или в выборе метода скрининга, проконсультируйтесь с врачом-наркологом и соблюдайте протоколы учреждения.

## Источники и полезные материалы

Материалы, которые можно открыть отдельно для углубления темы.

**WHO Guidelines on Alcohol and Health**

[Открыть источник →](#)

**CDC - Alcohol Use and Older Adults**

[Открыть источник →](#)

**Российское руководство по диагностике алкогольной зависимости**

[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/early-detection-alcohol-dependence-elderly-hospital>

---

Vrachiq — медицинский справочник. Документ сформирован автоматически на основе опубликованной статьи.