

**Научно-практическая конференция
«Психическое здоровье и качество жизни лиц пожилого возраста:
междисциплинарный подход»**

**Особенности старения у лиц, проходивших
лечение от наркотической зависимости.
Проблема «лекарственной зависимости»**

**Игумнов С.А.,
д.м.н., профессор, заведующий отделением клинической
психофармакологии;**

**Ненастьева А.Ю.
к.м.н., заведующая отделением клинических исследований наркоманий
ННЦ наркологии, г. Москва**

Москва, 18 – 20 октября 2017 года

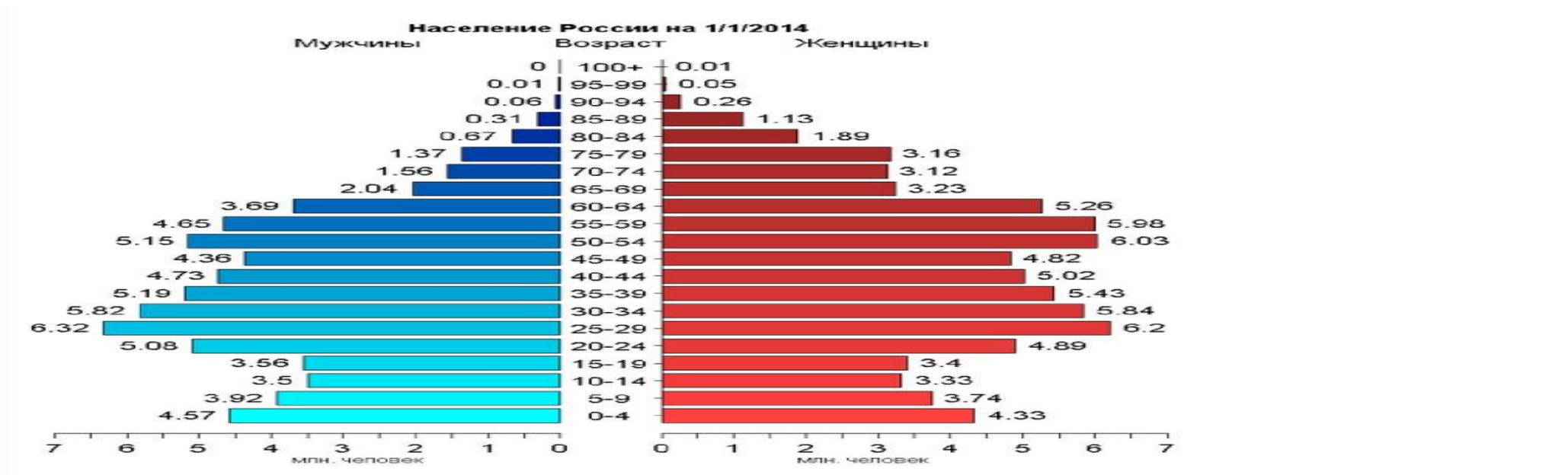
За последние 50 лет средняя продолжительность жизни человека увеличилась на 20-30 лет.

В России - 72,4 года (Росстат, 2017)

Накопление лиц пожилого и старческого возраста.

Доля пожилых в РФ - 15,7%.

В 1960 гг – 5% (Никитин Ю.И., 1965)



Актуальность

Переход в группу пожилых приводит к существенному увеличению соматоневрологической патологии и психических расстройств, злоупотребления ПАВ, особенно алкоголем и лекарственными средствами седативно-снотворной группы.

- Под злоупотреблением тем или иным препаратом обычно понимают прием вещества с немедицинскими целями для получения субъективно приятных ощущений.
- Точная частота встречаемости злоупотребления различными «неконтролируемыми» препаратами неизвестна из-за отсутствия официального статистического учета.
- Косвенными доказательствами, что такое злоупотребление имеет место быть – увеличение числа обращений за медицинской помощью, в том числе и скорой, связанных с эффектами немедицинского использования отпускаемых по рецепту или без лекарственных средств (в США, с 2004 по 2014 гг. число обратившихся за экстренной помощью в связи с эффектами, вызванными использованием димедрола, увеличилось с 10457 до 19012 человек (на 82%); миорелаксантов - с 25934 до 46269 (на 78%), нейролептиков - с 91268 до 135455 (на 48%)).

Факторы риска приобщения и злоупотребления ПАВ у лиц пожилого возраста (по Т.В.Клименко, 2017):

1. Боязнь старости и смерти

2. Чувство одиночества и собственной «ненужности»

3. Снижение социальной активности

4. Бессонница

5. Соматические заболевания

6. Депрессия как реакция на старение, нарастание физической немощи, трудности самообслуживания, потеря близких («вдовий» алкоголизм), снижение социальной мобильности из-за выхода на пенсию

50% - адекватное отношение к своему состоянию

25% - переоценка тяжести состояния

25% - ипохондрический характер переоценки

Факторы, определяющие высокую латентность болезней зависимости у пожилых людей

4. Живут отдельно от детей, что позволяет длительное время скрывать проблемы

3. Анозогнозия, особенно при развитии зависимости от лекарственных средств

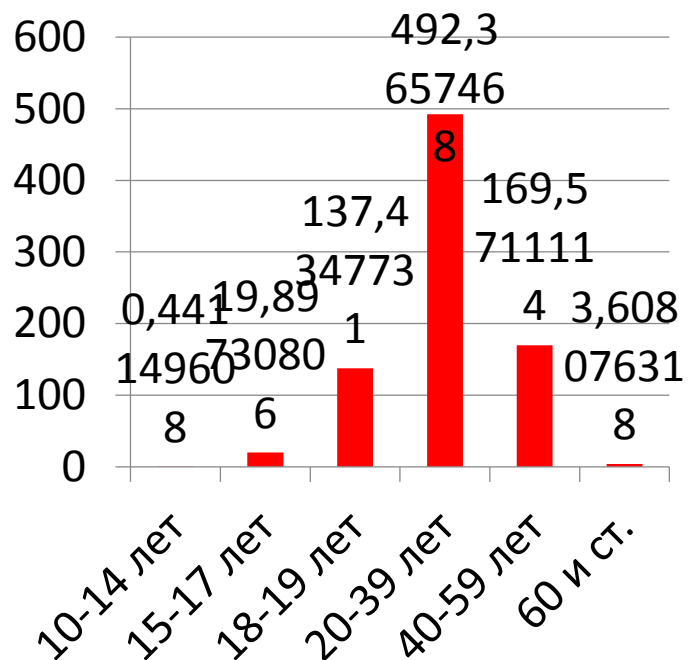
1. На пенсии меньше страдает социальный статус больного, поэтому «наркологическая настороженность» снижается

2. Снижение мотивации к обращению за медицинской помощью (вследствие снижения социальной активности)

Распространенность болезней зависимости в разных возрастных когортах (по данным НИЦ наркологии)

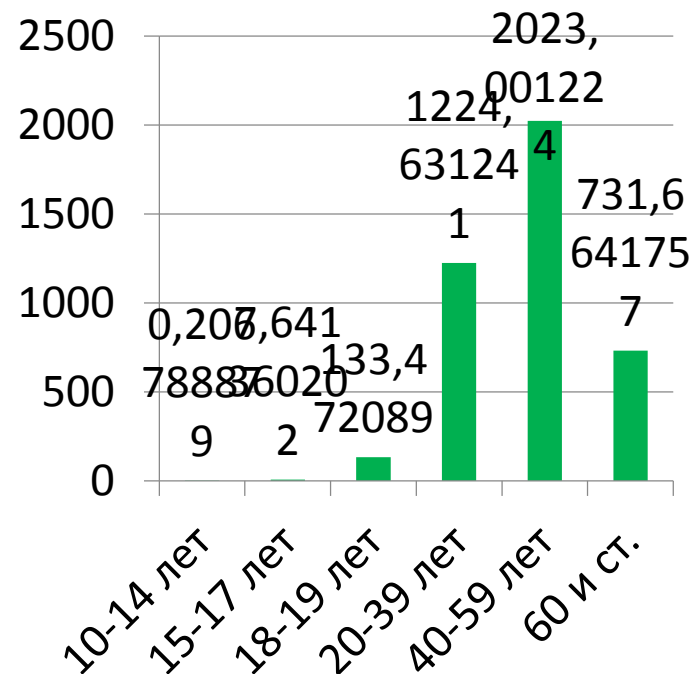
Наркомании

(на 100 тыс. населения)



Алкоголизм

(на 100 тыс. населения)



- Доля лиц пожилого возраста (старше 60 лет) среди зарегистрированных больных с наркологическими расстройствами: **10,09%**

Основные формы болезней зависимости в пожилом возрасте (по данным НИЦ наркологии)

**Алкоголизм:
21,16%**

**Нарко-
зависимость:
0,42%**



50 : 1

**Лекарственная
зависимость
(78,42 %)**

Патокинез наркозависимости в пожилом возрасте

(по Т.В. Клименко, 2017)

Дебют в пожилом возрасте (крайне редко)

Динамика наркомании более молодого возраста, в том числе после длительной ремиссии (редко)

Трансформация зависимости, сформировавшейся в более молодом возрасте (алкоголизм, лекарственная), в иную форму (наркомания)

Симптоматическая (вторичная) наркомания:

- 1) употребление по атактическим мотивам;
- 2) начальные дозы и толерантность сразу высокие;
- 3) быстро формирование аддиктивной мотивация;
- 4) аддиктивная мотивация в короткие сроки становится доминирующей и обеспечивает дальнейший рост толерантности и прогрессивность наркомании.

Расширение ранее сформированного **репертуара** ПАВ (обычно алкоголь) для обеспечения роста толерантности

Ятрогенная наркомания (редко встречается в наркологической практике, обычно у пациентов с хроническими болевыми синдромами): нет расширения круга ПАВ, длительное время употребление изначально предписанного врачом «легального» наркотика с постепенным наращиванием его дозы и учащением частоты приема.

Актуальность

- Стать объектом злоупотребления может **любой препарат**, который способен вызвать **психоактивный эффект** любого рода, например, релаксацию, седацию, опьянение, эйфорию, повышение энергии и галлюцинации.
- Такими препаратами как: кветиапин, оланзапин, антигистаминные средства, трициклические антидепрессанты, габапентин, миорелаксанты и клонидин начинают злоупотреблять, чтобы воспользоваться их седативным эффектом. Другими - бупропионом, флуоксетином, венлафаксином - злоупотребляют для получения стимулирующего эффекта.
- Чаще психотропные препараты принимаются с целью увеличить или продлить действие другого вещества, изменить эффект другого препарата или произвести синергетический эффект в сочетании друг с другом. Например, принимая кветиапин с наркотиками опийной группы, добиваются более интенсивного эффекта, чем можно было бы получить только от приема одного наркотика.
- Дозировки, в которых принимаются препараты с немедицинскими целями, часто значительно больше терапевтических, а пути введения изменены для сочетанного приема с наркотиками; например, бупропион вводится интраназально.

Актуальность

- Прогностически повышен риск злоупотребления лекарственными средствами среди лиц:
 - женского пола,
 - белой расы,
 - проживающих в сельской местности или в социальной изоляции,
 - с психическими расстройствами,
 - пожилого возраста
- **Более склонны к злоупотреблению лекарствами, имеющими потенциальный риск развития зависимости, люди со сформированным синдромом зависимости к ПАВ**
- Для подавляющего большинства лекарств данные по их немедицинскому использованию можно встретить на тематических интернет-форумах. Такие веб-сайты могут быть найдены с помощью поисковика Google и введения простого заголовка – «название вещества+немедицинское использование форум».

Метод

- Поиск по PubMed, Medline и PsycINFO, используя поисковые термины
 - «нейролептики»,
 - «антидепрессанты»,
 - «противосудорожные препараты»;
 - «злоупотребление»,
 - «немедицинское употребление»,
 - «зависимость»,
 - индивидуальные классы препаратов (например, «SSRI»)
 - индивидуальные вещества (например, «флуоксетин»)
 - различные комбинации веществ,
- для выявления статей злоупотребления данными веществами

Злоупотребление антидепрессантами

- Наиболее часто объектом злоупотребления становятся **антидепрессанты с антихолинергическим или дофаминергическим эффектами** – такие, как трициклические антидепрессанты (ТЦА).
- Описаны случаи злоупотребления большими дозами amitriptyline, прием которых сопровождается эйфорией, расслаблением, головокружением и чувством комфорта. Cohen M.J. et al (1978), опубликовал данные о злоупотреблении amitriptyline с целью «достижения эйфории» у 25% пациентов, находящихся на программе заместительной терапии метадон. Dorman A. et al (1995), среди пациентов, посещающих наркологический центр, в 19% случаях определялись ТЦА или их метаболиты в моче.
- Прием ТЦА в повышенных дозах вызывал выраженную эйфорию, приятные слуховые и зрительные галлюцинации. Пациенты с синдромом зависимости от опиоидов часто пытаются пользоваться синергическим эффектом взаимодействия опиатов и ТЦА для повышения или продления эффекта опиатов.

Злоупотребление антидепрессантами: флуоксетин

- Высокие дозы флуоксетина (прозак) способны вызывать амфетаминоподобный эффект.
- При приеме флуоксетина в дозах 80 мг отмечают «повышение энергии», «подъем настроения», но, в отличие от амфетамина, состояние описывается как более «тихое и спокойное».
- Максимально описанная толерантность - 280 мг препарата/сутки, прекращение приема препарата сопровождается синдромом отмены (головокружение, головная боль, рвота, бессонница, усталость, раздражительность, тревожность, тремор).
- Сочетанный прием флуоксетина с МДМА (экстази), сопровождается увеличением продолжительности эффекта последнего.

Злоупотребление антидепрессантами: коаксил

- Тианептин является трициклическим бензодиазепиновым дериватом, способным увеличивать пресинаптический захват серотонина в головном мозге.
- Наиболее часто злоупотребление тианептином начинается с викарного употребления препарата больными с зависимостью от опиоидов.
- Тианептин употребляется внутрь или внутривенно. При приеме внутрь первоначальная доза составляет от 7 до 30 таблеток. Период эпизодического употребления колеблется от 1 недели до 4 месяцев. Максимальная суточная доза при приеме внутрь может достигать 750 таблеток. Максимальная суточная доза при инъекционном способе употребления - 450 таблеток.
- Почти все больные отмечают сходство эйфории при употреблении высоких доз тианептина с эйфорией при интоксикации героином.
- Первые признаки синдрома отмены выявляются через 2-3 недели после начала систематического употребления тианептина. По своим клиническим проявлениям они сходны с ОАС, но имеются и некоторые отличия: аффективные и поведенческие расстройства преобладают над болевой и вегетативной симптоматикой.

Злоупотребление противосудорожными препаратами: прегабалин

- Первый случай злоупотребления прегабалином был зафиксирован в Швеции в начале 2008 г, к концу 2008 г их стало 4, к концу 2009 - 16
- В Швеции исследована когорта из 48,550 пациентов (2006-2009гг), которым было выписано, по меньшей мере три рецепта на прегабалин в течение года. Обнаружено, что 8,5% (4127 человек) из них превышали максимальные суточные терапевтические дозы, только 31% (1279) из этой категории имели в анамнезе зависимость от ПАВ (Bodén R., Wettermark B., Brandt L., Kieler H.)
- В Норвегии провели анализ 1854 образцов мочи на содержание метаболитов ПАВ, прегабалин определялся в 4,5% (83) этих образцов (Dyrkorn R., Reimers A., Johannessen L., Spigset O.)
- Анкетирование пациентов со злоупотреблением ПАВ в Шотландии выявило 22% (29/129) респондентов, злоупотреблявших прегабалином, из них 38% (11/29) использовали прегабалин и для усиления метадонового опьянения (Baird C.R., Fox P., Colvin L.A.)

Клиническая картина интоксикации прегабалином

- Первое употребление малых доз вызывало легкую эйфорию, седацию, успокоение
- Исчезают все проявления ОАС
- Из-за описанных выше эффектов 85% больных сразу же начинали принимать препарат ежедневно с постепенным, но в целом быстрым ростом дозировки
- Повышение доз вызывало состояние, напоминающее алкогольную интоксикацию (900-1200 мг)
- Высокие дозы препарата вызывают состояние, напоминающее действие психостимуляторов (в среднем 3000 мг). Длительность интоксикации 2-5 часов.
- Максимальная доза у обследованных нами пациентов 12600 мг/сутки (42 таблетки). При дальнейшем повышении доз дальнейшего изменения состояния не наблюдается
- С длительным приемом препарата уменьшается его эйфоризирующее действие при сохранении выраженного влечения к прегабалину

Заключение

- Психотропные препараты зачастую имеют потенциал для злоупотребления лицами, страдающими зависимостью
- Злоупотребление психотропными средствами существенно видоизменяет клиническую картину уже сформированной наркомании, требует новых терапевтических подходов и осложняет статистическую обработку и анализ существующей проблемы
- Лечащие врачи, выписывающие психотропные препараты, должны быть хорошо осведомлены о потенциальных рисках их назначения
- Должны своевременно выявляться признаки злоупотребления для оказания помощи

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ !