

## *The Influence of Alcohol on the Health Status of Seniors*



SKOPALOVÁ, B.

Kroměříž Psychiatric Hospital, Czech Republic

**Citation:** Skopalová, B. (2014). Vliv alkoholu na zdravotní stav seniorů. *Adiktologie*, 14(4), 420–427.

**SUMMARY:** *Alcohol dependence among seniors is becoming a priority task for the whole population, and not only as a result of the current demographic trends. The worldwide data shows that both the total number of seniors in the population and the total number of seniors who are dependent on alcohol are increasing. These trends are obvious in well-developed countries, including the Czech Republic. In the Czech Republic in 2012, 7.8% of seniors were treated with the diagnosis of alcohol dependence in outpatient psychiatric services and 4.8% of seniors were hospitalised with this diagnosis in an inpatient psychiatric facility. Data from abroad estimates (depending on the study design) the prevalence of seniors with any kind of alcohol misuse falling into the broad range from 1.4% to 6.0%.*

*Two basic types of alcohol dependence can be described in seniors – early onset alcoholism (dependence on alcohol develops at a younger age and persists into older age) and late onset alcoholism (this type of alcohol dependence occurs in the elderly as a result of related psychological, social, and health risk factors).*

*The influence of alcohol on the health status of seniors is multiple. It interferes with the metabolism and excretion of the senescent organism and has a negative influence on the functioning of the cardiovascular system and the mental status of seniors (within a continuum of alcohol misuse developing into dependence on alcohol). Alcohol worsens somatic conditions in seniors, as well as playing a role in alcohol-drug interactions.*

**KEY WORDS:** DEPENDENCE ON ALCOHOL – SENIORS – DIFFERENCES FROM YOUNGER AGE – DRUG INTERACTIONS – POLYMORBIDITY

**Submitted:** 25 / NOVEMBER / 2013

**Accepted:** 28 / JULY / 2014

**Address for correspondence:** Blanka Skopalová / skopalova1@centrum.cz / Havlíčkova 1265, 767 40 Kroměříž, Czech Republic

## Vliv alkoholu na zdravotní stav seniorů



SKOPALOVÁ, B.

Psychiatrická nemocnice v Kroměříži

**Citace:** Skopalová, B. (2014). Vliv alkoholu na zdravotní stav seniorů. *Adiktologie*, 14(4), 420–427.

**SOUHRN:** Problematika závislosti na alkoholu u seniorů nabývá na celospolečenském významu nejen v důsledku aktuálních demografických trendů. Celosvětově přibývá zastoupení seniorů v populaci, včetně seniorů závislých na alkoholu. Tyto trendy jsou patrné nejen ve vyspělých zemích světa, ale i včetně České republiky. V psychiatrických ambulancích bylo v ČR v roce 2012 evidováno 7,8 % seniorů s diagnózou závislosti na alkoholu, 4,8 % seniorů bylo v roce 2012 s touto diagnózou léčeno v některém psychiatrickém zařízení. Zahraniční autoři (dle typu uspořádané studie) odhadují prevalenci seniorů s jakýmkoliv typem škodlivého užívání alkoholu v širokém rozmezí od 1,4 % do 6,0 %. Mohou být popsány dva základní typy závislosti na alkoholu u seniorů – časný typ závislosti (závislost na alkoholu vzniká v mladším věku a je přenesena do vyššího věku) a pozdní typ závislosti (tato závislost vzniká až ve vyšším věku, často v souvislosti s psychologickými, sociálními i zdravotními rizikovými faktory stáří). Vliv alkoholu na zdravotní stav seniorů je mnohý – alkohol ovlivňuje metabolismus i exkreční schopnosti stárnoucího organismu, působí negativně na funkci kardiovaskulárního systému seniorů, negativně dochází k ovlivnění psychických funkcí seniorů (v kontinuu škodlivé užívání alkoholu až závislost na alkoholu). Alkohol u seniorů dále ovlivňuje a zhoršuje průběh již přítomných somatických chorob a vstupuje do farmakologicky významných lékových interakcí.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** ZÁVISLOST NA ALKOHOLU – SENIOŘI – ODLIŠNOSTI OD MLADŠÍHO VĚKU – INTERAKCE S LÉKY – POLYMORBIDITA

Došlo do redakce: 25 / LISTOPAD / 2013

Přijato k tisku: 28 / ČERVENEC / 2014

**Korespondenční adresa:** Blanka Skopalová / skopalova1@centrum.cz / Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, Havlíčkova 1265, 767 40 Kroměříž

## ● 1 ÚVOD

Demografické stárnutí obyvatelstva ve vyspělých zemích vede k rostoucímu zastoupení seniorů v populaci. Dle Zdravotnické ročenky České republiky 2012 tvořili seniori starší 65 let 16,8 % populace (oproti 16,2 % seniorů v roce 2011). V tomto roce se rovněž zvýšil počet seniorů starších 65 let připadajících na 100 dětí ve věku 0–14 let na 113,3 (tzv. index stáří). Důsledky plynoucí z demografického stárnutí českého obyvatelstva jsou dalekosáhlé a přesahují čistě zdravotnické otázky. Většina geriatrů se shoduje, že zdravotní péče 21. století tak bude muset revidovat postupy diagnostické, terapeutické, preventivní i rehabilitační s ohledem na tuto významnou část populace a její specifické potřeby (Ferraro et Wilmonth, 2006; Means et Kortebein, 2013). Adiktologická problematika péče o seniory nebude zřejmě výjimkou (Lieb et al., 2008). Nejčastěji zneužívanou návykovou látkou u seniorů je alkohol, následovaný abúzem hypnotik a analgetik, případně jiných léků (Lužný, 2012a; Lužný, 2012b; Wang et al., 2013).

Prevalenci užívání alkoholu u seniorů lze jen nepřesně odhadnout. Na jedné straně verbalizují seniori méně své psychické potíže včetně užívání a zneužívání alkoholu, rovněž je v této populační skupině přiznání problémového užívání alkoholu oproti mladší populaci pro seniory stále tabuizováno a nevěnuje se mu dostatečná pozornost. Na straně druhé chybí zejména v česky psané literatuře metodologicky dostatečně robustní studie věnující se právě problematice problematického pití alkoholu u seniorů.

Údaje popisující problémové pití alkoholu u seniorů v České republice lze získat z databáze Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS), kde jsou dostupná data popisující poskytovanou ambulantní i ústavní psychiatrickou péči v roce 2012. Srovnáním počtu pacientů léčených pro problematiku závislosti na alkoholu a relativním propočtem kohorty pacientů-seniorů (65 let a výše) k celkovému počtu léčených pacientů lze získat následující údaje shrnuté v *tabulce 1* a v *tabulce 2* (výpočty autorů dle statistických údajů ÚZIS, 2012).

Prevalenční odhady problémového užívání alkoholu seniory jsou u zahraničních autorů různé, podle typu a uspořádání studie. Kanadská studie autorů Liu et al. (2013) hodnotila prevalenční údaje o pravidelném užívání jednoho a více drinků alkoholu jednou týdně u seniorů, studie rovněž zohledňovala hybnost seniorů jako jeden z možných korelujících faktorů k pravidelnému užívání alkoholu (testovala se schopnost chůze na 0,5 km, vyjítí 12 schodů bez zastavení, pohyb z jedné místnosti do druhé, unesení 5 kg předmětu na vzdálenost 10 m, stoj po delší období). Dle Liu et al. (2013) byla získána tato data o pravidelném užívání jednoho a více drinků alkoholu jednou týdně u seniorů: u seniorů zcela bez pohybového omezení se našla 48,08% prevalence takového užívání alkoholu, u seniorů s částečným pohybovým omezením 19,37% a u seniorů s výrazným

**Tabulka 1 / Table 1**

Ambulantní psychiatrická péče v ČR (2012) – počty pacientů evidovaných s diagnózou závislosti na alkoholu  
*Outpatient psychiatric care in the Czech Republic (2012) – number of patients diagnosed with alcohol dependence*

|               | Absolutně | Relativně |
|---------------|-----------|-----------|
| Muži (0–99)   | 14 879    |           |
| Ženy (0–99)   | 7 959     |           |
| Celkem (0–99) | 22 838    | 100,0     |
| Muži (65+)    | 1 268     |           |
| Ženy (65+)    | 512       |           |
| Celkem (65+)  | 1 780     | 7,8       |

**Tabulka 2 / Table 2**

Lůžková psychiatrická péče v ČR (2012) – počty propuštěných nebo zemřelých pacientů evidovaných s diagnózou závislosti na alkoholu  
*Inpatient psychiatric care in the Czech Republic (2012) – number of patients diagnosed with alcohol dependence who were discharged or died*

|               | Absolutně | Relativně |
|---------------|-----------|-----------|
| Muži (0–99)   | 6 450     |           |
| Ženy (0–99)   | 3 094     |           |
| Celkem (0–99) | 9 544     | 100,0     |
| Muži (65+)    | 310       |           |
| Ženy (65+)    | 146       |           |
| Celkem (65+)  | 456       | 4,8       |

pohybovým postižením 12,85% prevalence takového užívání alkoholu. Dle výsledků americké studie NHANES (Wilson et al., 2013) užívá pravidelně 14,5% seniorů vyšší než doporučené množství alkoholu a 37,4% z nich jeví známky závislosti na alkoholu. Wetterling et al. (2003) přehledově odhaduje prevalenci škodlivého užívání alkoholu u seniorů dle těchto autorů dostupných studií mezi 1,4% až 6,0%, jednotlivé studie se však od sebe velmi odlišují dle použité metodologie i použitých definic – škodlivé užívání alkoholu vs. zneužívání alkoholu vs. závislost na alkoholu (Mirand et Welte, 1996; Atkinson et al., 1990). Dle Saitze a Sameta (2012) je obecně nezdravé užívání alkoholu u seniorů častějším jevem než vlastní závislost na alkoholu. Přitom jak závislost na alkoholu, tak i nezdravé užívání alkoholu je u seniorů spojeno s výraznými celkovými zdravotními riziky.

## ● 2 ČASNÝ A POZDNÍ TYP ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

Škodlivé užívání alkoholu u seniorů není ani zdaleka jednoduchým problémem. Wetterling et al. (2013) a z česky píšících autorů například Lužný (Lužný et al., 2010; Lužný, 2012b) popisují heterogenitu seniorů s problémovým užíváním alkoholu a již prokreslenými rysy závislosti na alkoholu. Vymezeny jsou dva základní typy závislosti na alkoholu

Tabulka 3 / Table 3

Časný a pozdní typ vzniku závislosti na alkoholu  
*Early onset alcoholism and late onset alcoholism*

| Charakteristiky                                  |   |
|--|---|
| Časný typ vzniku závislosti (-25)                | Pozdní typ vzniku závislosti (45+)            |
| Výraznější zastoupení mužů                       | Roste počet žen                               |
| Výraznější rodinná zátěž                         | Nebývá významná rodinná zátěž                 |
| Častá psychiatrická komorbidita (F3x, F4x, F6x)* | Nebývá častá psychiatrická komorbidita        |
| Nižší vzdělání                                   | Vzdělání nehraje významnější roli             |
| Nezaměstnanost v anamnéze                        | Nezaměstnanost nehraje významnou roli         |
| Častější kolektivní pití                         | Častější pití o samotě                        |
| Převládají jednočlenné domácnosti                | Převládají rozvedení, ovdovělí                |
| Výraznější psychosociální komplikace             | Problém s umístěním do zařízení sociální péče |
| Více předchozích detoxifikačních pokusů          | Méně předchozích detoxifikačních pokusů       |
| Více poranění v anamnéze                         | Méně poranění v anamnéze                      |
| Ranní doušky časté                               | Ranní doušky nejsou významně častější         |
| Větší počet ebriet týdně                         | Menší počet ebriet týdně                      |
| Větší celková denní spotřeba alkoholu            | Menší celková denní spotřeba alkoholu         |
| Kratší období abstinence                         | Schopnost abstinovat delší období             |
| Delší trvání anamnézy abúzu                      | Kratší trvání anamnézy abúzu                  |
| Silnější craving                                 | Craving méně silný                            |
| Výraznější neschopnost kontroly pití             | Parciální schopnost kontroly pití             |
| Více odvykacích stavů v anamnéze                 | Méně odvykacích stavů v anamnéze              |
| Vyšší tolerance alkoholu                         | Nižší tolerance alkoholu                      |
| Větší zaobírání se pitím                         | Menší zaobírání se pitím                      |
| Celkově výraznější závislost                     | Celkově méně výrazná závislost                |

\* F3x = afektivní poruchy, F4x = úzkostné poruchy, F6x = poruchy osobnosti

\* F3x = *Affective disorders*, F4x = *Anxiety disorders*, F6x = *Personality disorders*

v obecné populaci: časný typ vzniku závislosti na alkoholu – early onset alcoholism (vznikající závislosti již před 25. rokem života), a pozdní typ vzniku závislosti na alkoholu – late onset alcoholism (vznikající až po 45. roce života).

U vlastní závislosti na alkoholu u seniorů se uplatňují vlivy genetické, psychosociální, ekonomické i vlivy prostředí. Závislost na alkoholu chápeme jako opakované užívání alkoholu i přes zjevné škodlivé důsledky takového užívání, dále pak neustálé zaobírání se alkoholem, touhou po alkoholu, změny fungování způsobené užíváním alkoholu, zanedbávání příjemných aktivit i všedních povinností v důsledku závislosti na alkoholu. Problematika závislosti na alkoholu přináší seniorům výraznější komplikace oproti dospělému věku: závažnější jsou důsledky pádů (úrazy kostního systému postiženého osteoporózou, již tak běžná horší mobilita seniorů, již tak častá problematika závrátivosti a většího rizika pádů u seniorů). Alkohol u seniorů umocňuje potenciální problémy s nutriční (častěji zde hrozí malnutrice), více jsou akcentovány rodinné problémy (děti odmítající péči o stárnoucí rodiče trpící alkoholismem, větší

sociální vyloučení alkoholiků, problém větší sociální izolace), roste škodlivý vliv alkoholu na mozek, který již tak prochází atroficko-degenerativními procesy.

Odlišnosti časného a pozdního typu závislosti shrnuje *tabulka 3* (upraveno volně podle Wetterling et al., 2013).

### ● 3 VLIV ALKOHOLU NA STÁRNOUCÍ ORGANIZMUS

U starších lidí nacházíme oproti dospělému věku několik odlišností fyziologických i patofyziologických.

#### ● 3 / 1 Vliv alkoholu na metabolismus a exkreci u seniorů

Mění se absorpce z gastrointestinálního traktu (klesá celková absorpční aktivita žaludeční sliznice i střevních enterocytů, klesá aktivita trávicích enzymů – zejména pak lipáz a amyláz, snižuje se aktivita autonomního vegetativního systému regulujícího trávení s důsledkem ve změněné gastroprokinetické aktivitě (Kalvach, 2008). Klesá zastoupení celkové tělesné vody (ze 75 % u novorozence na 50 % u lidí

starších 65 let), klesá obsah svaloviny a přibývá zastoupení tukové tkáně (Nečas, 2009). Tyto změny mění distribuční objemy pro řadu cizorodých látek (xenobiotik), včetně léků a alkoholu (Alušík, 2010). V případě požití alkoholu u seniorů znamená nižší zastoupení celkové tělesné vody dosahování vyšší plazmatické hladiny alkoholu (alkoholémie) oproti dospělým lidem (Friedmann et al., 2010). Na úrovni jater klesá aktivita biotransformačních enzymů (enzymy ze skupiny cytochromoxidáz, klesá aktivita alkoholdehydrogenázy), které odbourávají cizorodé látky včetně alkoholu (Richmond-Rakerd et al., 2013). Na úrovni ledvin pak klesá glomerulární filtrace spolu s klesající exkreční frakcí, což snižuje exkreci hydrofilních cizorodých metabolitů (Kalvach, 2008; Zieglmeier, 2006).

### ● 3 / 2 Vliv alkoholu na kardiovaskulární systém u seniorů

Na úrovni kardiovaskulárního aparátu u seniorů klesá srdeční rezerva a tím klesá i adaptabilita myokardu na náhlé výkyvy krevního tlaku a pulzu, což v případě vlivu alkoholu na myokard seniorů znamená vyšší riziko kardiovaskulárních komplikací – snáze se rozvíjí tachykardie, snížení srdečního výdeje i poruchy srdečního rytmu (Topinková, 2005; Klener et al., 2011; Kycina et Murin, 2013). Neuroregulační a smyslový systém seniorů reaguje rovněž citlivěji na vlivy alkoholu – klesá výrazněji práh pro poruchy vestibulárního systému – snáze se vlivem alkoholu objevují závratě, titulace i pády se závažnými důsledky v podobě traumatických změn (Guillemont et al., 2009), autonomní nervový systém u seniorů vlivem alkoholu může vykazovat výraznější dysregulační poruchy (výkyvy krevního tlaku i pulzu), vlivem alkoholu u seniorů dále dochází k výraznějším poruchám vnímání – horší se akomodační schopnost oka, dochází k poruchám ostrosti vidění a diplopii (Blow et Barry, 2012). Alkohol snižuje obranyschopnost seniorů a tento stav může predisponovat k snazšímu rozvoji infekčních či nádorových onemocnění (Kunistskaia et al., 2013; Mehta et al., 2013). Vlivem snížení kostní hmoty ve stáří, zejména pak u seniorů s osteoporózou, snáze vznikají poranění hlavy i zlomeniny krčku stehenní kosti (Wilke et al., 2009). Alkohol rovněž může snižovat zastoupení minerálů v plazmě a akcelarovat již přítomnou hypokaliemii (Sally et Rigler, 2000). V neposlední řadě pak alkohol sám o sobě akceleruje fenomén stárnutí organismu, kdy s alkoholem organismus stárne rychleji než bez něj (While, 2013).

### ● 3 / 3 Vliv alkoholu na psychické funkce seniorů

Alkohol patří mezi látky s výrazným psychotropním účinkem. Tolerance vůči alkoholu je dána individuálně – záleží na konstituci seniora, jeho tělesné hmotnosti, výbavě jaterními enzymy odbourávajícími alkohol, podílu přítomných somatických chorob (polymorbidita) a užívaných léků (mož-

nost interakcí léků s alkoholem). Závažnější jsou důsledky somatické i důsledky poškození mozku. S rostoucí dávkou požitého alkoholu rostou i centrálně tlumivé účinky alkoholu projevující se změnou psychomotorického tempa, vigility a kognitivních funkcí. Dochází tak ke zpomalení psychomotoriky, snížení vigility, objevuje se zvýšená spavost a sedace, výraznější zmatenost, poruchy paměti (Lužný, 2011; Lužný, 2010b), rovněž se v důsledku požití alkoholu u seniorů rozvíjí vyšší riziko pádů vlivem centrálně i periferně myorelaxačních účinků. U seniorů je rovněž výraznější fenomén paradoxní excitace (místo sedace se paradoxně objevuje agitovanost, nespavost, agresivita) oproti populaci středního a mladšího věku (Noga et Gruszczynski, 2013; Ryan et al., 2013). V terénu škodlivého užívání alkoholu se častěji rozvíjí patické nálady (deprese, úzkost), roste i sebevražedné riziko seniorů (Lužný, 2012a; Means et Kortebain, 2013), klesá kvalita života u seniorů (Lužný, 2013). U škodlivého užívání alkoholu jsou u seniorů, stejně tak jako v populaci mladšího věku, časté rovněž poruchy spánku (Lužný et al., 2009).

U pravidelného užívání alkoholu se u seniorů může snáze oproti střednímu věku rozvinout závislost na alkoholu spolu s problémovými diagnostickými jednotkami, mezi které patří akutní opilost, odvykací stav, odvykací stav s deliriem, psychotická porucha, amnestický syndrom, psychotická reziduální porucha (Sally et Rigler, 2000; Lužný, 2012b; Lužný et al., 2013).

*Akutní opilost* je tranzitorní stav, ke kterému dochází po užití alkoholu v dostatečné dávce způsobilé navodit příznaky intoxikace. Příznaky musí být dostatečně klinicky závažné (průkazné) a musí odpovídat známým účinkům dané psychoaktivní látky. Dále pak je vyloučena jiná tělesná příčina potíží nebo jiná duševní porucha nesouvisející s projevy intoxikace psychoaktivní látkou. Akutní opilost je u seniorů oproti mladší populaci více riziková – ve větší míře hrozí změny vnitřního prostředí (hypokaliemie, dehydratace, hyperosmolarita). U seniorů je různě modifikováno množství vstřebaného alkoholu (jsou patrné rozdíly v absorpci alkoholu, změny v distribuční šíři, schopnosti metabolismu alkoholu). Po požití daného množství alkoholu je hladina alkoholémie u seniorů relativně vyšší než u lidí mladšího věku. Výraznější změny má alkohol u seniorů na spánek, sexuální chování, smyslové funkce. Alkohol sám o sobě akceleruje fenomén stárnutí, výrazněji u alkoholiků dochází k úpadku intelektu, postižení sociálního fungování. Roste riziko pádů, závažných úrazů. Mění se tolerance k současně užívaným lékům. Alkohol zvýrazňuje patické nálady (deprese, někdy i úzkosti), u alkoholiků roste významně suicidalita (jak v ebrietě, tak i v rámci chronického abúzu).

*Syndrom závislosti na alkoholu* je provázen silnou touhou či nutkáním po pití (craving), zhoršenou schopností sebeovládání ve vztahu k alkoholu, tolerancí (kdy je třeba

k dosažení účinku alkoholu potřeba stále většího množství alkoholu), zaujetím alkoholem, opuštěním původních zálib či důležitých zájmů jedince, tendencí k pokračujícímu užívání alkoholu, i když je si jedinec plně vědom škodlivých následků takového užívání. Alespoň tři z výše uvedených příznaků pak mají trvat souvisle jeden měsíc, nebo – je-li látka užívána nesouvisle – v několika obdobích během posledních dvanácti měsíců. U seniorů je syndrom závislosti závažný vzhledem k jejich celkové morbiditě (Lužný et al., 2010).

*Odvykací stav* při závislosti na alkoholu je dán skupinou příznaků, které se rozvíjejí po náhlém snížení dávek alkoholu závislému jedinci, nebo po náhlém přerušení dodávání alkoholu do organismu (typicky v případě náhlé hospitalizace jedince, kdy v nemocničním prostředí není alkohol dodáván). Současně je vyloučena jiná tělesná příčina potíží nebo jiná duševní porucha nesouvisící s projevy odvykacího stavu. Odvykací stav u seniorů závislých na alkoholu může být prolongovaného průběhu oproti odvykacímu stavu u dospělých jedinců, zato však mívá závažnější důsledky (vegetativní labilita s rizikem kardiální dekompenzace, vyšším rizikem akutního koronárního syndromu, hypertenzní krize, cévní mozkové příhody, výraznější a prolongovaná nespavost, stavy zmatenosti, poruchy rovnováhy, febrilní prolongované stavy, výraznější dehydratace a iontová dysbalance). Více se vyskytují oproti dospělému věku zrakové halucinace, je výrazně vyšší riziko úmrtí. Odvykací stav u mnohaletého chronického abúzu alkoholu může mít bouřlivou a protrahovanou podobu. Může být přítomna úzkost, psychomotorický neklid, agitovanost, depresivita, hrozí riziko elipeltiformní aktivity. Odvykací stav může působit až dojmem deliria. Důležitá je tedy anamnéza včetně heteroanamnézy anamnézy – příbuzní pacientů, pečovatelé (Blow et Barry, 2012; Letizia et Reinbolz, 2005).

*Odvykací stav s deliriem* (kromě charakteristik platných pro odvykací stav) přináší navíc kvalitativní poruchu vědomí, bývá částí dezorientace, poruchy spánku či cyklu spánek-bdění, kvantitativní poruchy psychomotoriky, mohou se vyskytovat tranzitorní halucinace či nekonstantní bludná produkce. Pro odvykací stav s deliriem je typická (ostatně podobně jako u deliria organické etiologie) fluktuační stavu, překvapující není ani poměrně rychlý rozvoj deliria po náhlém snížení či naprostém přerušení dávek alkoholu. U seniorů je provázen výraznějšími somatickými problémy, častější kardiopulmonální dekompenzací a vyšší letalitou oproti stejné problematice mladšího věku. Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit delirium jiné etiologie – zejména pak delirium nasedající na demenci, delirium rozvíjející se v terénu akutní infekce, pooperační delirium, delirium při destabilizaci vnitřního prostředí apod. (Mirand et Welte, 1996; Sally et Rigler, 2000).

*Psychotická porucha* při závislosti na alkoholu znamená přítomnost halucinací nejrůznějších kvalit či poruch myšlení nebo i emocí, ke kterým dochází buďto již v průbě-

hu užívání alkoholu (zpravidla chronického), nebo častěji do dvou týdnů po náhlém ukončení podávání alkoholu. Tyto příznaky (halucinace, bludy, depresivní či manické nálady) trvají déle než 2 dny, avšak méně než půl roku. U seniorů může být obtížné odlišení od organické halucinózy, organické poruchy s bludy nebo tzv. pozdních schizofrenií (Lužný, 2012b).

Pro *amnezický syndrom* při závislosti na alkoholu je typickým příznakem zhoršení recentní paměti (učení se novým informacím) a schopnosti vybavit si minulé zážitky. Obojí pak působí zřetelné obtíže ve fungování a v běžném životě postiženého jedince. U amnezického syndromu naopak chybí kvalitativní poruchy vědomí, nejsou známky demence (celkový úpadek intelektu), bezprostřední paměť bývá neporušena. Současně je vyloučena jiná tělesná příčina potíží nebo jiná duševní porucha. U seniorů je obtížné odlišení amnezického syndromu při mnohaletém užívání alkoholu od demence (Lužný, 2012b).

*Psychotická reziduální porucha* nebo psychotická porucha s pozdním začátkem je charakterizována trvalejšími změnami chování, osobnosti, emotivity, myšlení a vnímání, které sice nejsou v přímé souvislosti s přímým účinkem mnohaleté závislosti na alkoholu, avšak jsou pozdními příznaky vyskytujícími se u jedince, který v dřívější době užíval psychoaktivní látku (zpravidla chronické, mnohaleté užívání). U seniorů je třeba odlišit tuto nozologickou jednotku od projevů poruch myšlení a vnímání v rámci demence, delirií i tzv. pozdních schizofrenií (Lužný, 2012b).

#### ● 4 ALKOHOL U SENIORŮ TRPÍCÍCH CHRONICKÝMI CHOROBAMI

U seniorů léčených pro některé choroby dochází k potenciální škodlivého účinku alkoholu na již přítomný chorobný stav (Lužný et al., 2010a; Lužný et Ivanová, 2010). Vlivem konzumace alkoholu dochází tradičně ke zhoršení žaludečních a duodenálních vředů, chronické pankreatitidy, snížení exkrece pankreatických enzymů (Lindkvist, 2013), vlivem alkoholu může dojít k snazšímu rozvoji krvácivých stavů ze zažívacího traktu – častěji se u seniorů závislých na alkoholu vyskytuje enterorhagie, meléna, krvácení z jícnových varixů (Lindkvist, 2013). Konzumace alkoholu dále zhoršuje již přítomnou poruchu jater (Means et Kortebein, 2013; Topinková, 2005). U seniorů diabetiků vede alkohol ke změně citlivosti k inzulínu a zvyšuje se glykémie (Voitenko et al., 2013), negativně může alkohol ovlivňovat hladiny hormonů štítné žlázy (Lužný et Ivanová, 2010). Alkohol rovněž vede ke zhoršení přítomného metabolického syndromu, a tedy ke zvýšení hladiny krevních lipidů – zejména triacylglycerolů, zvýšení hladiny kyseliny močové (Ganguli et al., 2013). Zvýšená hladina kyseliny močové vlivem alkoholu může u seniorů vyprovokovat akutní záchvat dny (Klener, 2011). U seniorů epileptiků pak alkohol snižuje epileptický práh a snáze pak dojde k projevům epileptické aktivity

(Hendrie et al., 2013). U seniorů léčených pro arteriální hypertenzi vede alkohol ke zvýšení krevního tlaku, u seniorů s přítomnými arytmiemi dochází častěji k tachykardiím a tachyarytmiím oproti zdravým kontrolám (Winter et al., 2013; Mendes et al., 2013). V případě seniorů se sníženou srdeční činností (pokles erekční frakce) může konzumace alkoholu vést k vyčerpání srdeční rezervy a obrazu srdečního selhání (Kycina et Murin, 2013). Alkohol dále může reaktivovat chronické infekční choroby včetně plicní formy tuberkulózy nebo chronické bronchitidy (Kunistskaia et al., 2013). U seniorů s psychotickými poruchami (schizofrenie, trvalá porucha s bludy) může vést alkohol ke zhoršení přítomných halucinací nebo bludné produkce. Popsán je rovněž vztah alkoholu ke komorbidním psychiatrickým diagnózám úzkostného a afektivního spektra – u seniorů léčených pro depresi může vést alkohol k prohloubení nebo zhoršení přítomné deprese (Goodwin et Stein, 2013; Lužný, 2012a; St John et al., 2009), alkohol rovněž zvyšuje sebevražednost u seniorů s duševními poruchami (Noga et Gruszczynski, 2013). Alkohol u seniorů může dále působit poruchy spánku (Lužný et al., 2009), agitovanost, ba až obraz deliria smíšené etiologie (Lužný, 2012b). Problematika závislosti alkoholu u seniorů, ale i pečovateli, pak volně souvisí se stále narůstajícím jevem násilí v rodině a mezi blízkými osobami (Lužný et Juríčková, 2012).

## ● 5 ALKOHOL U SENIORŮ A LÉKOVÉ INTERAKCE

Nezanedbatelný je u seniorů konzumujících alkohol i vliv současně užívaných léků. S přibývajícím věkem totiž roste podíl chorob, pro které je předepisováno současně více druhů léků (Alušík, 2010; Zieglmeier, 2006). Farmakokinetické i farmakodynamické interakce mezi užívaným léčivem a alkoholem tak nabývají na významu. Naprosto nevhodné je požití alkoholu u léků tlumících centrální nervový systém nebo dechové centrum (Alušík, 2010; Topinková, 2005), kdy pravidelně dochází k prohloubení centrálně tlumivých účinných

ků předepsaných léků (antipsychotika, sedativní antidepresiva, benzodiazepinová a jiná anxiolytika, hypnotika, stabilizátory nálady a některá antiepileptika, analgetika včetně opioidních analgetik, antihistaminika). Nevhodné je použití alkoholu u antibiotik (zejména makrolidových antibiotik), kde může docházet k antabusové reakci a zhoršení tolerance antibiotik. Alkohol může měnit účinnost řady dalších léků – snížení účinku antidiabetik a inzulínu, snížení účinků antihypertenziv, snížení účinku antiepileptik, snížení účinku antiulcerózních léčiv, snížení účinku hepatoprotektiv, snížení účinku kardioprotektiv a antiarytmik (Zieglmeier, 2006).

Jiným rizikem je naprosté vysazení předepsaných léků seniorem a preference užívání alkoholu (Ryan et al., 2013). Vysazení léčiv pak u těchto seniorů vede ke zhoršení základní choroby, pro kterou byla léčiva předepsána, s přímými zdravotními riziky ohrožujícími zdraví či život seniorů – dekompenzací kardiovaskulárních chorob až srdečním selháním, dekompenzací diabetu mellitu (Ferraro et Wilmonth, 2006; Means et Kortebein, 2013).

## ● 6 ZÁVĚR

Vzhledem k aktuálním demografickým trendům lze očekávat stále častější zastoupení seniorů mezi klientelou využívající adiktologické služby. Jelikož je alkohol nejčastější zneužívanou návykovou látkou u seniorů, je vhodné poukázat právě na tuto problematiku. Zneužívání alkoholu u seniorů má jistá specifika oproti běžné dospělé populaci, tato specifika vyplývají z fyziologických odlišností stárnoucího organismu, z časté polymorbidity seniorů, ze současného užívání léků předepsaných seniorům, ale i z poněkud odlišného klinického obrazu vybraných diagnostických jednotek vztahujících se k alkoholu.

**Role autorky:** Autorka článku je jediným autorem výše uvedeného článku.

**Konflikt zájmů:** Není znám.

## LITERATURA / REFERENCES

- Alušík, Š. (2010). *Farmakoterapie ve stáří*. 1. vyd. Praha: IPVZ.
- Atkinson, R. M., Tolson, R. L., Turner, J. A. (1990). Late versus early onset problem drinking in older man. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 14, 574–579.
- Blow, F. C., Barry, K. L. (2012). Alcohol and substance misuse in older adults. *Current Psychiatry Reports*, 14, 310–319.
- Ferraro, K., Wilmonth, J. (eds.). (2006). *Gerontology: perspectives and issues*. 3. vyd. New York: Springer Publishing Company.
- Friedmann, P. D., Saitz, R., Vaillancourt, D. (2010). Sensitivity/specificity of alcohol amounts in seniors. *Addiction*, 105, 568–569.
- Ganguli, M., Fu, B., Snitz, B. E., Unverzagt, F. W., Loewenstein, D. A., Hughes, T. F., Chang, C. C. (2013). Vascular risk factors and cognitive decline in

a population sample. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 2013 Oct 11. [Epub. ahead of print].

- Goodwin, R. D., Stein, D. J. (2013). Anxiety disorders and drug dependence: evidence on sequence and specificity among adults. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67, 167–173.
- Guillemont, J., Girard, D., Arwidson, P., Basset, B. (2009). Alcohol as a risk factor for injury: lessons from French data. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 16, 81–87.
- Hendrie, H. C., Lindgren, D., Hay, D. P., Lane, K. A., Gao, S., Purnell, C. et al. (2013). Comorbidity profile and healthcare utilization in elderly patients with serious mental illnesses. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1267–1276.

- Kalvach, Z. et al. (2008). *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada.
- Klener, P. et al. (2011): *Vnitřní lékařství*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén.
- Kunitskaia, N. A., Kozina, L. S., Utkin, A. K., Utkina, A. A. (2013). The peculiarities of chronic inflammation in elderly patients with gout and metabolic syndrome. *Advances in Gerontology*, 26, 161–165.
- Kycina, P., Murin, J. (2013). Alcoholic cardiomyopathy and cardiovascular events – an insight from the Liptov region. *Bratislavské Lekárske Listy*, 114, 337–341.
- Letizia, M., Reinbolz, M. (2005). Identifying and managing acute alcohol withdrawal in the elderly. *Geriatric Nursing*, 26, 176–183.
- Lieb, B., Rosien, M., Bonnet, U., Scherbaum, N. (2008). Unhealthy alcohol use in the elderly – current screening and treatment strategies. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 76, 75–85.
- Lindkvist, B. (2013). Diagnosis and treatment of pancreatic exocrine insufficiency. *World Journal of Gastroenterology*, 19, 7258–7266.
- Liu, F., Woodrow, J., Loucks-Atkinson, A., Buehler, S., West, R., Wang, P. P. (2013). Smoking and alcohol consumption patterns among elderly Canadians with mobility disabilities. *BMC Research Notes*, 6, 218–226.
- Lužný, J., Ivanová, K., Doněk, E. (2009). Poruchy spánku a jejich léčba na gerontopsychiatrických odděleních Psychiatrické léčebny v Kroměříži – průřezová studie. *Česká Geriatrická Revue*, 7, 171–177.
- Lužný, J., Bellová, J., Doněk, E. (2010). Does gerontopsychiatry belong to medicine? Cross-sectional study monitoring polymorbidity in hospitalized gerontopsychiatric patients. *Biomedical Papers of Medical Faculty of University Palacky Czech Republic*, 154, 89–92.
- Lužný, J., Ivanová, K. (2010). Hypothyroidism in seniors hospitalized in inpatient psychogeriatric wards in Mental hospital in Kroměříž. *Scripta Medica*, 83, 69–71.
- Lužný, J. (2011). Nefarmakologické ovlivnění kognitivních funkcí u klientů s demencí. *Ošetřovatelská a porodní asistence*, 2, 312–318.
- Lužný, J. (2012). Agomelatine in elderly – Finally a patient friendly antidepressant in psychogeriatry. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 40, 304–307.
- Lužný, J. (2012). *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton.
- Lužný, J., Jurickova, L. (2012). Prevalence of elder abuse and neglect in seniors with psychiatric morbidity – Example from Central Moravia, Czech Republic. *Iranian Journal of Public Health*, 41, 27–32.
- Lužný, J. (2013). Kvalita života u pacientů s demencí. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie*, 76, 90–95.
- Lužný, J., Bičan, V., Honzák, F., Výrostková, O., Blažková, M., Pospíšilová, I. et al. (2013). Prevalence syndromu závislosti na alkoholu u seniorů hospitalizovaných na gerontopsychiatrickém lůžku Psychiatrické léčebny Kroměříž – srovnání let 2001 a 2011. *Adiktologie*, 13, 8–13.
- Means, K. W., Kortebein, P. (2013). *Geriatrics*. 1.vyd. New York: Demos Medical Publishing.
- Mehta, A. J., Yeligar, S. M., Elon, L., Brown, L. A., Guidot, D. M. (2013). Alcoholism causes alveolar macrophage zinc deficiency and immune dysfunction. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188, 716–723.
- Mendes, T. A., Goldbaum, M., Segri, N. J., Barros, M. B., César, C. L., Carandina, L. (2013). Factors associated with the prevalence of hypertension and control practices among elderly residents of São Paulo city. *Brazilia Cadernos de Saúde Pública*, 29, 2275–2286.
- Mirand, A. L., Welte, J. W. (1996). Alcohol consumption among the elderly in a general population. *American Journal of Public Health*, 86, 978–984.
- Nečas, E. et al. (2009). *Obecná patologická fyziologie*. 3. vyd. Praha: Karolinum.
- Noga, M., Gruszczyński, W. (2013). Comorbidity in organic depressive disorders in patients Specialist Hospital Dr. J. Babinski in Cracow in the years 2008–2010. *Polski Merkurusz Lekarski*, 35, 43–46.
- Richmond-Rakerd, L. S., Slutske, W. S., Heath, A. C., Martin, N. G. (2013). Genetic and environmental influences on the ages of drinking and gambling initiation: evidence for distinct aetiologies and sex differences. *Addiction*. 2013 Jul 25. doi: 10.1111/add.12310. [Epub ahead of print].
- Ryan, M., Merrick, E. L., Hodgkin, D., Horgan, C. M., Garnick, D. W., Panas, L. et al. (2013). Drinking patterns of older adults with chronic medical conditions. *Journal of General Internal Medicine*, 28, 1326–1332.
- Sally, K., Rigler, S. K. (2000). Alcoholism in the elderly. *American Family Physician*, 61, 1710–1716.
- St John, P. D., Montgomery, P. R., Tyas, S. L. (2009). Alcohol misuse, gender and depressive symptoms in community-dwelling seniors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 369–375.
- Topinková, E. (2005). *Geriatry pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén.
- *Psychiatrická péče 2012*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky. [online]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2012> [cit. 06.03.2014].
- Voitenko, V. V., Konopel'niuk, V. V., Savchuk, O. M., Ostapchenko, L. I. (2013). Development of a prediabetic state under chronic alcohol intoxication. *Fiziologicheskii Zhurnal*, 59, 33–39.
- Wang, Y. P., Andrade, L. H. (2013). Epidemiology of alcohol and drug use in the elderly. *Current Opinion in Psychiatry*, 26, 343–348.
- Wetterling, T., Veltrup, C., John, U., Driessen, M. (2003). Late onset alcoholism. *European Psychiatry*, 18, 112–118.
- While, A. (2013). Alcohol use among older people. *British Journal of Community Nursing*, 18, 468–475.
- Wilke, N., Puschel, K., Edler, C. (2009). Alcohol, the aged and traffic. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42, 185–192.
- Wilson, S. R., Knowles, S. B., Huang, Q., Fink, A. (2013). The Prevalence of harmful and hazardous alcohol consumption in older U.S. adults: Data from the 2005–2008 National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). *Journal of General Internal Medicine*, 2013 Oct 8. [Epub ahead of print].
- Winter, K. H., Tuttle, L. A., Viera, A. J. (2013). Hypertension. *Primary Care*, 40, 179–194.
- Zieglmeier, M. (2006). *Lékové interakce: farmakoterapie v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Triton.