

План рубрики «Актуальные проблемы геронтопсихиатрии» в 2014 г.

Куратор — С.И. Гаврилова, д-р мед. наук, профессор, руководитель Отдела гериатрической психиатрии ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН

Результаты исследования клинической эффективности донепезила  
 Геронтопсихиатрический кабинет общесоматической поликлиники как новая организационная форма помощи пациентам с болезнью Альцгеймера  
 Галлюцинозы позднего возраста  
 Спутанность: прогноз у пожилых пациентов  
 Нейропсихологические особенности родственников первой стадии родства пациентов с болезнью Альцгеймера  
 Автономная некоммерческая организация «Помощь пациентам с болезнью Альцгеймера»  
 Комбинированная терапия нейропротекторами у пациентов с болезнью Альцгеймера

Спонсор рубрики — компания Мерц

## ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Я.Б. Калын, С.И. Гаврилова, Н.М. Михайлова

Отдел гериатрической психиатрии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

Болезнь Альцгеймера (БА) — самая частая причина деменции в пожилом и старческом возрасте. Диагностика, лечение и уход за больными с деменцией ложатся тяжелым экономическим бременем на государственный бюджет. Настоящее исследование предпринято для оценки экономической целесообразности применения длительной патогенетической терапии БА в условиях специализированного амбулаторно-консультативного подразделения для пожилых больных с расстройствами памяти и деменцией. Для решения поставленной задачи была сформирована группа из 100 больных БА, длительно наблюдающихся и получающих необходимую патогенетическую терапию в специализированном амбулаторно-консультативном подразделении отдела по изучению болезни Альцгеймера ФГБУ «НЦПЗ» РАМН. В контрольную группу, аналогичную по половозрастным и клиническим характеристикам исследуемой когорте, были включены 100 пациентов с БА, поступающие в тот же период на стационарное лечение в геронтопсихиатрические отделения ГКПБ № 15 г. Москвы и не получавшие до госпитализации патогенетической терапии. Установлено, что своевременно начатая амбулаторная длительная патогенетическая терапия позволяет отсрочить время институционализации больных с БА по сравнению с теми пациентами, которые не получают соответствующего лечения. Экономические затраты, связанные с преждевременной институ-

ционализацией больных БА, превышают стоимость соответствующей амбулаторной патогенетической терапии почти в 7 раз. Очевидна экономическая целесообразность создания организационных условий для амбулаторного лечения больных с БА (клиники памяти или Альцгеймеровские центры).

**Ключевые слова:** деменция, болезнь Альцгеймера, патогенетическая терапия, фармакоэкономика, специализированная амбулаторная помощь.

Болезнь Альцгеймера (БА) — самая частая причина деменции в пожилом и старческом возрасте. По данным международных исследований, распространенность БА после 60 лет удваивается с каждым пятилетием, достигая 4,0 % в возрасте 75 лет, 16,0 % — в 85 лет и 32 % — в 90 лет и старше. По данным клинико-эпидемиологического исследования репрезентативных групп пожилого населения Москвы, БА страдает 4,5 % лиц в возрасте 60 лет и старше, причем по возрастные показатели заболеваемости растут по мере увеличения возраста обследованных: в возрастной группе 60–69 лет распространенность заболевания составляла 0,6 %, в возрасте 70–79 лет — 3,6 % и в возрасте 80 лет и старше — 15 %, при этом показатели частоты БА среди пожилых жен-

щин существенно выше по сравнению с мужчинами того же возраста [3–5].

Обобщенные данные популяционных исследований, проведенных в Европе, свидетельствуют, что в возрасте 65 лет и старше показатели частоты (prevalence) деменции и БА составляют соответственно 6,4 и 4,4 %. В США показатель частоты БА для лиц в возрасте 70 и старше лет составляет 9,7 %. Общемировой показатель частоты деменции для населения 60 лет и старше равен 3,9 %, а региональные показатели колеблются от 1,6 % (для Африки) до 6,4 % (для Северной Америки) [9, 13–15].

По данным Всемирной организации здравоохранения и Международной ассоциации обществ болезни Альцгеймера (Alzheimer's Disease International), общее число больных в мире, страдающих деменцией, в 2013 г. составило 44,5 млн человек, к 2030 г. оно вырастет до 75,5 млн человек, а к 2050-му — до 135,5 млн человек, при этом на долю БА приходится от 50 до 70 % пациентов.

Экстраполяция половозрастных показателей БА, установленных посредством популяционного исследования, проведенного на ограниченной территории России, на половозрастную структуру населения страны в целом позволила определить, что численность популяции больных БА составляет 1 млн 248 тыс. человек, по прогнозу, она увеличится до 1 млн 354 тыс. к 2020 г. и составит 1 % от общего населения России [1].

Диагностика, лечение и уход за больными с деменцией ложатся тяжелым экономическим бременем на государственный бюджет. Только прямые расходы на лечение и уход за больными в развитых странах достигают 38 тыс. долл. в расчете на одного больного в год, общие затраты в мире на пациентов с деменцией ежегодно превышают 600 млрд долл. [15], а региональные расходы значительно превышают расходную часть бюджета многих стран. Расходы на лечение и уход за больными с БА имеют тенденцию к неуклонному росту: в частности, в Великобритании в 2010 г. такие финансовые затраты составили около 20 млрд фунтов стерлингов, а к 2016 г. прогнозируется их рост до 27 млрд [15].

Осознание мировым сообществом социально-экономической значимости проблемы БА связано с ростом численности населения, подверженного риску развития заболевания, с длительностью его течения и вызываемой им тяжелой инвалидизацией пациента и постоянным ростом расходов на их содержание и лечение, в частности в специализированных учреждениях для психических больных хроников. В связи с этим в экономически развитых странах особое внимание уделяется организации медицинского и социального об-

служивания больных с деменцией в условиях разнообразных форм амбулаторной помощи (клиники памяти, альцгеймеровские центры, внебольничные университетские клиники и т.п.). Помимо этого, предприняты специальные исследования по анализу фармакоэкономических аспектов БА [8, 16].

Еще в 2005 г. методом математического моделирования было показано, что затраты на содержание больных с деменцией (без учета стоимости лекарственной терапии) предположительно составляют в Российской Федерации 74,8 млрд руб. в год [7]. Все проводившиеся в течение последних лет мероприятия по улучшению отечественной психиатрической помощи больным с деменцией были направлены главным образом на расширение стационарных форм помощи (создание отделений с дополнительным сестринским уходом в психиатрических больницах, увеличение числа мест в психоневрологических интернатах) и практически не затрагивали внебольничное обслуживание пожилых больных.

По мнению ведущих специалистов, в том числе комитета экспертов ВОЗ по проблемам медицинского обеспечения пожилых, акцент в развитии психиатрической помощи лицам пожилого и старческого возраста должен быть смещен в сторону внебольничных форм [6]. Это диктуется как экономической целесообразностью, так и современной гуманистической установкой на предотвращение социальной дезадаптации и явлений госпитализма, неизбежно возникающих при длительном стационарном пребывании пожилых больных.

Оценив сложившуюся ситуацию с оказанием специализированной амбулаторной помощи пожилым больным с деменцией, которую можно характеризовать как критическую, мы предприняли усилия по созданию различных моделей внебольничных форм специализированной помощи пожилым. В частности, сотрудниками отдела по изучению болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств ФГБУ «НЦПЗ» РАМН на основе научно-практического сотрудничества с ГКПБ № 15 г. Москвы еще в 1993 г. было организовано и продолжает успешно функционировать до настоящего времени амбулаторно-консультативное подразделение для пожилых больных с расстройствами памяти и деменцией, в котором консультативно-диагностический прием ведут научные сотрудники отделения. В это подразделение обращаются за консультативной и лечебной амбулаторной помощью жители Москвы и Московской области как самостоятельно, так и по направлениям медицинских учреждений (консультативная помощь оказывается бесплатно). Это амбулаторно-консультативное подразделение, кроме того, взаимодействует с отделениями

ГКПБ № 15 для решения наиболее трудных в дифференциально-диагностическом отношении случаев патологии позднего возраста. Помимо этого, амбулаторно оказывается информационная и при необходимости психологическая и лечебно-диагностическая помощь лицам, ухаживающим за больными с деменцией.

Анализ деятельности этого амбулаторно-консультативного подразделения с 2011 по 2013 г. показал, что наиболее часто пациенты обращаются по направлению невролога (48,7 %) или психиатра (33,3 %), реже — самостоятельно (12,8 %) или по рекомендации терапевта (5,2 %). По желанию пациентов и лиц, осуществляющих уход за больными, значительная часть первично обратившихся за помощью пациентов остается под постоянным амбулаторным наблюдением сотрудников отделения болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств ФГБУ «НЦПЗ» РАМН. На момент анализа когорты длительного амбулаторного наблюдения включала 394 пациента. На этом контингенте больных с БА была предпринята попытка изучить некоторые фармакоэкономические аспекты БА. Задачей фармакоэкономического анализа было изучение финансовых затрат на оказание современной лечебной помощи пациентам с БА в амбулаторных условиях в сопоставлении с экономическими затратами на оказание стационарной помощи аналогичному контингенту больных.

Предпринятое исследование экономической целесообразности применения длительной патогенетической терапии БА в амбулаторных условиях основывалось на имеющихся данных о том, что пациенты с БА, не получающие патогенетической терапии, стационарируются в психиатрические учреждения на более ранних этапах заболевания по сравнению с теми, кто активно лечится в амбулаторных условиях. Поскольку причиной госпитализации являются чаще всего психотические и/или поведенческие расстройства, обычно развивающиеся на более тяжелых этапах деменции, задержка прогрессирования заболевания, обусловленная применением патогенетической терапии, способствует отсрочке госпитализации.

Для решения поставленной задачи была сформирована группа из 100 больных БА, в течение двух и более лет наблюдающихся в амбулаторно-консультативном подразделении. За время наблюдения 41 % этих больных в разной последовательности прошли курсы патогенетической холинергической (ривастигмин, галантамин, ипидакрин), глутаматергической (Акатинол мемантин), а также нейротрофической (церебролизин) или нейропротективной (ницерголин, танакан) терапии, 20 % — в разной последовательности получали холинергическую или

глутаматергическую терапию, 15 % больных — в разной последовательности глутаматергическую и нейротрофическую или иную нейропротективную терапию и 4 % — в разной последовательности холинергическую и нейротрофическую или нейропротективную терапию. Монотерапия холинергическими препаратами была проведена у 6 % пациентов; глутаматергическая монотерапия — у 8 % и нейротрофическая или нейропротективная терапия — у 6 % больных. Средняя продолжительность глутаматергической терапии за период наблюдения составила  $16,3 \pm 9,8$  месяца; холинергической —  $14,6 \pm 9$  месяца и нейротрофической или нейропротективной терапии —  $26,6 \pm 12,3$  месяца. Из-за присоединения к синдрому деменции психотических и поведенческих расстройств 36 % больных в течение  $19 \pm 8,3$  месяцев получали нейролептики и 12 % — антидепрессанты в течение  $17,7 \pm 9,1$  месяцев.

В контрольную группу были включены пациенты с БА, поступавшие в тот же период на стационарное лечение в геронтопсихиатрические отделения ГКПБ № 15 г. Москвы и не получавшие до госпитализации патогенетической терапии. В контрольной группе к моменту стационарирования 32 % больных получали разные виды вазоактивной терапии, 12 % — малые транквилизаторы и нейролептики. Контрольная группа формировалась по принципу половозрастной идентичности исследуемой группы (см. таблицу). От основной группы она не отличалась ни по уровню образования больных (75 % лиц с высшим, незаконченным высшим и средним специальным образованием в исследуемой группе и 73 % лиц с аналогичным образованием в контрольной группе), ни по семейному положению: как в контрольной, так и в основной группе большинство больных проживали с супругом или в семье детей: 74 и 79 % соответственно.

**Таблица. Клинико-демографическая характеристика основной и контрольной групп**

Демографический показатель	Основная группа	Контрольная группа
Число больных	100	100
Возраст	$75,2 \pm 6,4$	$75,4 \pm 4,8$
Пол:		
мужчины	35	35
женщины	65	65
Диагноз:		
БА с ранним началом	43	12
БА с поздним началом	57	88
Возраст начала болезни	$66,4 \pm 7,1$	$71,4 \pm 5,6$
Возраст начала деменции	$69,1 \pm 7$	$73,6 \pm 5,5$
Возраст первого стационарирования в ПБ в связи с БА	—	$75,1 \pm 5,6$

В диагностическом отношении в основной группе почти в равной пропорции были представлены больные с ранним (43 %) и поздним (57 %) вариантами начала заболевания, тогда как среди госпитализированных больных преобладали пациенты с поздним началом БА (88 %). По-видимому, это объясняется высокой толерантностью населения к мнестико-интеллектуальным нарушениям у лиц более старших возрастов и соответственно недостаточным обращением как самих больных, так и их родственников за амбулаторной медицинской помощью. В то же время аналогичные нарушения у лиц более раннего (пресенильного) возраста окружающими воспринимаются как проявления болезни, в связи с чем такие больные относительно чаще оказываются пациентами специализированных подразделений.

Мы проанализировали возраст формирования и продолжительность синдрома деменции до момента обращения за лечебно-консультативной помощью (основная группа) или до госпитализации (контрольная группа). Из-за преобладания больных с ранним началом БА в основной группе по сравнению с контрольной возраст начала как заболевания, так и формирования деменции оказался более ранним в основной группе — соответственно ( $66,4 \pm 7,1$  и  $69,1 \pm 7,0$  года), по сравнению с контрольной, где аналогичные показатели составили  $71,4 \pm 5,6$  и  $73,6 \pm 5,5$  года. Длительность синдрома деменции к моменту проведения настоящего исследования у больных основной и контрольной групп составила соответственно  $6,1 \pm 2,3$  и  $1,8 \pm 1,1$  года (различия с основной группой статистически незначимые,  $p > 0,05$ ). То есть больные из контрольной группы госпитализировались в психиатрический стационар по меньшей мере на 4,3 года раньше (от начала синдрома деменции), чем больные из основной группы.

Пациенты контрольной группы в течение среднего группового периода длительности синдрома деменции в 1,8 года в среднем госпитализировались в ПБ  $2,3 \pm 1,8$  раза и провели в стационаре в среднем  $6,3 \pm 5,6$  месяца, что составило 29 % от общей продолжительности у них синдрома деменции. Экстраполируя эти показатели на основную группу, можно предположить, что включенные в нее больные потенциально (т. е. без длительной амбулаторной терапии) должны были бы находиться в стационаре не менее 21,2 месяца (т. е. 29 % от средне-групповой длительности у них синдрома деменции). При стоимости одного пролеченного геронтопсихиатрического больного по статьям расходов по ГКПБ № 15 г. Москвы 2400 руб. в день (по состоянию на 2014 г.) общая сумма расходов на стационарное лечение одно-

го больного с БА в течение 21,2 мес. составила бы свыше 1,5 млн руб. На самом деле больные основной группы за время существования у них синдрома деменции не стационарировались, а получали амбулаторную патогенетическую терапию в консультативном подразделении НЦПЗ РАМН в течение 35,5 месяцев. При стоимости разных видов патогенетической терапии БА в среднем 3000 руб. в месяц сумма расходов за этот период на лечение одного больного составила в среднем 106,5 тыс. руб. Следовательно, амбулаторное лечение, предотвращающее раннюю госпитализацию, позволило сэкономить для бюджета здравоохранения более 1,4 млн руб. в расчете на одного больного с БА.

К моменту проведения настоящего анализа в амбулаторно-консультативном подразделении отдела по изучению болезни Альцгеймера под постоянным амбулаторным наблюдением находилось 193 пациента с БА. Средняя продолжительность синдрома деменции у этих больных составила  $60,2 \pm 21,9$  месяца, а средняя продолжительность амбулаторного лечения —  $31,8 \pm 18,9$  месяца. Как следует из приведенных выше данных, нелеченные больные с БА в среднем не менее 29 % времени от общей продолжительности у них синдрома деменции проводят в психиатрических стационарах. Экстраполируя полученные расчеты на всю группу длительно наблюдающихся амбулаторных больных, можно предположить, что они без лечения должны были бы провести в специализированных психиатрических учреждениях в общей сложности 53 395,4 койко-дня, т. е. период, составляющий 29 % от продолжительности у них синдрома деменции. Реально же эти больные стационарировались за все время амбулаторного наблюдения в среднем 0,3 раза с общей продолжительностью госпитализации в 4342,5 койко-дня, т. е. время пребывания этой группы больных в стационаре оказалось на 49 052,9 койко-дня меньше расчетного средне-группового аналогичного показателя для нелеченных больных. Таким образом, на прогнозируемую госпитализацию этих больных следовало бы потратить за этот период свыше 117 млн руб. Расходы амбулаторного обслуживания этих пациентов составили соответственно: на заработную плату — 3 млн 950 тыс. руб., а стоимость патогенетической терапии для анализируемой когорты больных с БА за время амбулаторного наблюдения составляла в среднем 13 млн руб. (к сожалению, затраты на лечение практически полностью ложились на семью больного). Даже за вычетом расходов на заработную плату сотрудников амбулаторно-консультативного подразделения и стоимости патогенетической терапии за период

амбулаторного постоянного наблюдения когорты больных из суммы затрат на прогнозируемое их стационарирование в случае отсутствия амбулаторного лечения, экономия для государственного бюджета здравоохранения может составить свыше 100 млн руб.

В ряде зарубежных публикаций приводятся доказательства экономического преимущества проведения длительной патогенетической терапии БА, в частности Акатинолом мемантином, в расчете на одного пациента (по сравнению с применением плацебо или отсутствием лечения вообще). В ряде исследований установлено, что длительность периода проживания больного БА в семье до того момента, когда по психическому состоянию ему потребуется госпитализация в специализированное учреждение, увеличивается на 11–12 % на фоне 5-летней терапии Акатинолом мемантином [12]. По данным Francois C. с соавт. [10], необходимость помещения пациента в дом-интернат отодвигается за 5 лет на один месяц по сравнению с группой плацебо. Jones R.W. с соавт. [11] приводят данные об отсрочке институционализации на 0,84 месяца за два года на фоне лечения Акатинолом мемантином по сравнению с плацебо. По сравнению с данными зарубежных исследователей, значительно более длительная отсрочка институционализации пациентов с БА, получающих продолжительное время патогенетическую терапию, в нашем амбулаторно-консультативном подразделении, возможно, обусловлена тем, что в настоящем исследовании больные из контрольной группы до момента стационарирования в ГКПБ № 15 г. Москвы были лишены вообще какой-либо специализированной психиатрической помощи. Об этом говорит тот факт, что около трети больных из контрольной группы госпитализировались по причине развития у них амнестической спутанности либо психотических расстройств уже на стадии мягкой-умеренной деменции, а не умеренной-тяжелой, как это бывает у леченых пациентов.

В то же время установлено как в зарубежных, так и в отечественных исследованиях, что длительная патогенетическая терапия, например с применением Акатинола мемантина, у больных даже при умеренной-тяжелой деменции сопровождается достоверным уменьшением выраженности ряда поведенческих и психотических симптомов деменции (ажитации и агрессии, раздражительности и неустойчивости настроения, аберрантного моторного поведения), а также снижением тяжести аффективных (депрессия, тревога, дисфория) расстройств [2]. Несомненно, что уменьшение выраженности поведенческих расстройств и психотических симптомов демен-

ции может способствовать тому, что семья больного откладывает решение об институционализации пациента в учреждения психиатрического профиля.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что своевременно начатая длительная патогенетическая (холинергическая, глутаматергическая, нейротрофическая или нейропротективная) терапия позволяет отсрочить время институционализации больных с БА по сравнению с теми пациентами, которые не получают соответствующего лечения. Эти выводы подтверждены анализом результатов проведения многолетней комплексной патогенетической терапии больных с БА, который доказывает, что экономические затраты, связанные с преждевременной институционализацией больных БА, превышают стоимость соответствующей амбулаторной патогенетической терапии почти в 7 раз. Отсюда очевидна экономическая целесообразность создания условий для амбулаторного лечения больных с БА, т. е. создания соответствующей организационной базы и лекарственного обеспечения больных за счет средств госбюджета.

#### Литература

1. Белоусов Ю.Б., Зырянов С.К., Белоусов Д.Ю., Бекетов А.С. Клинико-экономические аспекты терапии болезни Альцгеймера в России // Качественная клиническая практика. — 2009. — С. 28.
2. Гаврилова С.И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера. — М.: Пульс, 2007. — 359 с.
3. Гаврилова С.И., Калын Я.Б. Социально-средовые факторы и состояние психического здоровья пожилого населения (клинико-эпидемиологическое исследование) // Вестник РАМН. — 2002. — № 9. — С. 15–20.
4. Калын Я.Б., Гаврилова С.И. Динамика показателей распространенности психических расстройств в населении пожилого и старческого возраста (по данным клинико-эпидемиологических исследований населения старших возрастов на ограниченной территории Москвы) // Реформы службы психического здоровья: проблемы и перспективы: материалы международной конференции (Москва, 21–22 октября 1997 г.) — М., 1997. — С. 181–189.
5. Калын Я.Б., Браун А.Л. Распространенность и факторы риска развития деменций альцгеймеровского типа // Болезнь Альцгеймера и старение: от нейробиологии к терапии: материалы Второй российской конференции (Москва, 18–20 октября 1999 г.). — М., 1999. — С. 52–58.
6. Тиганов А.С., Гаврилова С.И., Концевой В.А., Ястребов В.С., Зозуля Т.В., Михайлова Н.М., Трифонов Е.Г., Калын Я.Б., Казаковцев Б.А. Организация психиатрической помощи лицам пожилого и старческого возраста: пособие для врачей. — М., 2001. — 30 с.

7. Чикина Е.С., Медников О.И., Белоусов Ю.Б. Фармакоэкономические аспекты лечения деменции в РФ // РМЖ. — 2005. — Т. 13, № 20. — С. 1354–1360.
8. Antonanas F., Badenas J., Francois C. et al. Cost effectiveness of memantine in the treatment of moderately severe and severe Alzheimer's disease in Spain // Value Health 2003; 6 (6): 765.
9. Fichter M.M., Meller I., Schroppe H., Steinkirchner R. Dementia and cognitive impairment in the oldest old in the community. Prevalence and comorbidity // Br. J. Psychiatry. — 1995. — Vol. 166. — № 5. — P. 621–629.
10. Francois C., Sintonen H., Sulkava R. et al. Cost effectiveness of memantine in moderately severe to severe AD: a Markov model in Finland // Clin Drug Invest 2004; 24 (7): 373–84.
11. Jones R.W., McCrone P., Guillaume C. Cost effectiveness of memantine in Alzheimer's disease // Drugs Aging 2004; 21 (9): 607–20.
12. Launois R., Guillaume C., Francois C. et al. Cost effectiveness of memantine in the treatment of moderately severe and severe Alzheimer's disease in Norway. 6th International Conference on Alzheimer's and Parkinson's Diseases; 2003 May 8–12; Seville, Spain.
13. Prince M., Bryce R., Albanese E., Wimo A., Ribeiro W., Ferri C.P. The Global Prevalence of Dementia: A Systematic Review and Metaanalysis // Alzheimer's and Dementia 9: 63–75, (2013).
14. Qiu C., Kivipelto M., Strauss E. // Epidemiology of Alzheimer's disease: occurrence, determinants, and strategies toward intervention // Dialogues Clin Neurosci. 2009; 11: 111–128.
15. WHO, Alzheimer's Disease International, World Alzheimer's Report 2010.
16. Wimo A., Winblad B., Stoeffler A. et al. Resource utilization and cost analysis of memantine in patients with moderate to severe Alzheimer's disease // Pharmacoeconomics 2003; 21 (5): 327–40.

**Pharmacoeconomic aspects of Alzheimer's disease**

*Y.B. Kalyn, S.I. Gavrilova, N.M. Mikhailova  
Department of geriatric psychiatry  
FGBU «MHRC» RAMS*

Alzheimer's disease (AD) is the most common cause of dementia in elderly and senile age. Diagnostics, treatment and care for patients with dementia produce a heavy economic burden for the public health budget. This study attempted to assess the economic benefit of long-term pathogenetic AD therapy in specialized out-patient clinic for elderly patients with memory disorders and dementia (Alzheimer's center). For this aim a task group was formed out of 100 out-patients with AD observed and treated with long-term pathogenetic therapy in specialized outpatient unit of the Department of Alzheimer's disease and related disorders FGBU «MHRC» RAMS. The control group consists of 100 in-patients with AD, hospitalized into the geriatric units of the psychiatric hospital №15 in Moscow and has not received prior to the admission any "anti-alzheimer" therapy. It was established that an early start of the long-term pathogenetic therapy made it possible to delay the time of institutionalization of AD patients compared with those who have not received appropriate treatment before hospitalization. The economic costs associated with premature institutionalization of AD patients, exceed the cost of the relevant out-patient long-term pathogenetic therapy of almost 7 times. The data obtained testify to obvious economic benefit of organizing specialized medical units (memory clinics or Alzheimer's centers) for patients with dementia and memory disorders.

**Key words:** dementia, Alzheimer's disease, pathogenetic therapy, pharmacoeconomics, specialized outpatient care.