

УДК 616.899–085.003.2

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ, ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАРЧЕСКИХ ДЕМЕНЦИЙ¹

Е. Б. Любов*, И. Р. Еналиев**, Т. П. Крюченкова***

*ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»,

ПНД №13 города Москвы и *ПНД №10

Деменциями страдают 5% лиц 65–69 лет, с увеличением возраста на каждые 10 лет ее распространенность удваивается [43]. Потери так называемых лет качественной жизни (DALY) в суммарном «грузе» болезней в мире в связи с деменциями достигают 1% [45] в связи с поздним, по определению, началом расстройства. Однако медицинские издержки на деменцию (без стоимости лекарств) составили в РФ не менее 75 миллиардов рублей (2005) [10]. Более 90% дементных больных на поздних стадиях выявляют поведенческие и психопатологические симптомы [21, 23, 25, 32], усугубляющие экономическое бремя расстройства [30, 35] и субъективное бремя опекунов [18, 20] в связи с дистрессом [11], что, в свою очередь, увеличивает риск госпитализации и помещения в интернаты [44]. Время обеспечивающих уход за внебольничными пациентами – основная (70%) часть затрат при деменции [11]. Так, больные БА (болезнь Альцгеймера) требуют от неформальных опекунов в среднем 60 часов в неделю [34]. Однако комплексный биопсихосоциальный подход в виде целевой психосоциальной работы на фоне рациональной терапии антидементными средствами [1, 2, 5, 7, 8, 11] имеет научно доказанный ресурсосберегающий потенциал. Верно и обратное: неадекватная терапия приводит к расточению ограниченных медицинских затрат. Хотя изучению моделей фармакотерапии и бремени деменций в нашей стране посвящены лишь отдельные работы [5, 6, 9, 10], фармакоэпидемиологический аудит с вторичным стоимостным анализом на уровне отдельного психиатрического учреждения способствует выявлению и решению проблем качества терапии.

Цели исследования: изучение качества повседневной психиатрической помощи больным стар-

ческими деменциями и определение бремени указанных расстройств.

Задачи исследования: изучение схем фармакотерапии, их соответствия рекомендованным образцам; оценка сопутствующих медицинских затрат; определение клинико-эпидемиологических и социальных характеристик охваченных лечением больных деменциями пожилого возраста и их близких.

Материалы и методы

Сочетанным количественным и качественным фармакоэпидемиологическим анализом охвачены все леченые на последовательных этапах психиатрической помощи (хотя бы один эпизод назначения психотропных лекарств амбулаторно, в дневном стационаре или в больнице) в 2007 году больные старческими деменциями на ряде произвольно выбранных врачебных участков ПНД №10, №13 (54 и 45 пациентов соответственно). Выборки сходны по основным социо-демографическим и клиническим показателям, и далее представлена их обобщенная характеристика. Охвачены лечением большей частью женщины (73%). Нет отличий ($p=0,65$) в их возрасте: $79,37\pm 5,39$ (70–90) лет по сравнению с мужчинами: $78,64\pm 4,99$ (70–88) лет. Более 90% пациентов живут в семьях и опекаются ближайшими родственниками (супруги, дети); более 3/4 из неформальных помощников – пенсионного возраста. Все охваченные лечением – инвалиды I–II групп, менее половины (45%) – в связи с соматическими заболеваниями, тогда как на уровне диспансерной популяции дементных – инвалидов менее 80%, в структуре инвалидности преобладает соматическая патология (75%). Популяцию дементных больных формируют болезнь Альцгеймера (50%); сосудистая деменция – 15–30%, смешанная – 15–25%, вторичные деменции – 10% [11]. Однако иных диагнозов помимо БА и сосудистой деменции врачами не отмечено. Различия длительности верифицированного диагноза сосудистой деменции:

¹ Соавторы благодарят за помощь в сборе материала врача-психиатра А.А.Самошкина и студентку ММА им. И.М.Сеченова И.Старостину.

2,9±1,92 (1–9) лет и БА: 2,61±1,94 (1–13) лет статистически незначимы ($p=0,43$). На больных сосудистой деменцией (F01) пришлось 40–50% выборки, охваченной лечением. В группе БА преобладает (более 95%) деменция с поздним началом (F001), что скорее объясняется запоздалой диагностикой [1]. Больные БА отнесены к 4-м клиническим формам. Простая форма с преобладанием симптомов когнитивного снижения и деменция с альцгеймеризацией составили суммарно не более 10%; на параноидную форму (F001.1 или F001.2), пришлось более 70%. На пресбиофреническую форму с конфабуляторной продукцией, высокой психомоторной активностью – до 10%; остальные пациенты отнесены к смешанному типу. Для сравнения: в городской (Московской) популяции наиболее часто встречались больные с простой формой БА 55%, у 25% диагностирована деменция с альцгеймеризацией, психотическая форма отмечена у 15%, а параноидная форма БА – у 5% больных с выраженной деменцией; пресбиофреническая форма не обнаружена [5]. Поведенческие и психические проявления на фоне выраженного мнестико-интеллектуального снижения отмечены у всех пациентов, что, видимо, и определило психиатрическое наблюдение и лечение. Распространенность психозов в позднем возрасте не достигает 2% [38], тогда как в изучаемой выборке доля психотических больных превышает 70%. Ажитация различной выраженности отмечена у 70% изученных дементных больных, как по данным литературы [32].

Исходя из численности населения Москвы (ФСГС РФ <http://www.gks.ru>) и эпидемиологических данных [5], в столице приходится не менее 33,6 больных БА на 10 тысяч человек (подсчитано количество больных БА в столице, табл. 1).

Данные о болезненности и заболеваемости деменциями по отчетной форме № 10, утвержденной постановлением Госкомстата России от 29.06.1999 г. №49, приведены в табл. 2.

С учетом численности населения страны (ФСГС РФ <http://www.gks.ru>), зарегистрированная психиатрическими службами болезненность всеми старческими деменциями составляет 10,7 на 10 тысяч человек: втрое меньше, чем болезненность только БА в указанном выше популяционном исследовании [5], что объясняется недостаточной диагностикой деменций, значительной долей больных вне психиатрического наблюдения [4] и, возможно, без какой-либо помощи вообще.

Болезненность деменциями значительно различается в зонах обслуживания ПНД №10 и №13: 4,9 и 10,1 на 10 тысяч населения, соответственно. Объяснения таких расхождений требуют особого анализа при учете сходства в поло-возрастном распределении населения округов. На БА приходится не более половины диспансерной популяции дементных. Таким образом, под наблюдением столичных ПНД находится 9398 больных с верифицированным диагнозом БА.

Стоимость психиатрических услуг рассчитана на основании утвержденных Правительством РФ тарифов (Постановление Правительства РФ № 885 от 30 декабря 2006 года «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2007 год») с учетом методических рекомендаций (Письмо ФФОМС от 24.08.2005 № 4085/40-3/И «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2007 год») (табл. 3).

Затраты на лекарства. При расчете стоимости фармакотерапии использованы усредненные цены в московских аптеках из Базы данных «Медицина для Вас» (<http://www.medlux.ru>) 2007 года.

При статистическом анализе использованы программы Microsoft Excel 2000, Statistica 6.0 for Windows. Использованы методы описательной статистики. Для выборочного среднего указаны границы 95% доверительного интервала (CI). Для проверки формы распределения использованы методы описательной статистики, тест Колмогорова-Смирнова. При сравнении долей применена Z-статистика или критерий χ^2 для таблиц сопряженности признаков. При сравнении значений непрерывных величин

Таблица 1

Количество дементных больных в связи с болезнью Альцгеймера в Москве

Возрастная группа (лет)	Численность (чел.)	Распространенность умеренно выраженной и тяжелой деменции при БА (%)	Количество больных умеренно выраженной и тяжелой деменции при БА
60–69	981 935	0,2	1 964
70–79	669 103	1,5	10 037
80–89	270 881	7,6	20 587
90 и более	28 706	9,1	2 612
Итого (чел.) 35 200			

Таблица 2

Данные о болезненности и заболеваемости деменциями по отчетной форме № 10

Сосудистая деменция и другие формы старческого слабоумия (МКБ-10 F00.00–F02.34; F03.10–44)	Зарегистрировано больных в течение года	В том числе с впервые в жизни установленным диагнозом
	151 576	38 780

Таблица 3

Стоимость психиатрических услуг

Стоимость	Стоимость психиатрических услуг (руб., 2007)
Койко-день в психиатрической больнице	777,02
День лечения в дневном стационаре	267,32
Амбулаторный визит	166,38

использован критерий Стьюдента, а также непараметрический U-критерий Манна-Уитни.

Результаты

До 30% наблюдаемых в ПНД пациентов – старше 60 лет (соотношение женщин к мужчинам 2–2,5:1); больные старческими деменциями составляют треть возрастной группы, вдвое более чем по данным московского ПНД 10-летней давности [4]. Лишь каждый четвертый больной БА попадает в поле зрения психиатров. Последние служат «фильтром», проницаемым для лиц с наиболее тяжелыми психическими расстройствами [3].

Поведенческие и психические проявления разделены на следующие группы-уровни. «Легкие» психические и поведенческие нарушения (группа I) представлены умеренно выраженными депрессивным (обычно неполным) синдромом, тревожно-ипохондрическими, апатическими расстройствами (не более 5%). Для сравнения: они отмечены у 30% дементных больных [33]. Такие проблемы (плохо выявляемые и мало леченые на фоне более драматических проявлений деменции) симулируют больший когнитивный дефицит, усугубляют зависимость пациентов и служат источником дополнительного стресса неформальных опекунов [17]. Только в этой группе пациенты (20%) лечились в дневном стационаре. Умеренно выраженные психические и поведенческие расстройства (группа II) у 55% больных представлены ажитацией (крики, плач, вербальная и незначительная физическая агрессия, сексуальная расторможенность, ночное блуждание на фоне спутанности), тревожной депрессией, периодическими галлюциаторно-параноидными и конфабуляторными расстройствами. Для сравнения: 20% лиц с деменцией попадают в эту категорию [16]. Для четверти-трети пациентов типичен контекст развития деменции: одиночество, недостаточная семейная поддержка, инвалидность вследствие множественных соматических заболеваний. Ведение случая таких заболеваний могло бы стать важным компонентом эффективной модели выездных бригад. Тяжелые психические и поведенческие расстройства (группа III) у 40% пациентов представлены физической агрессией, негативизмом, возбуждением в связи с делирием, галлюциаторно-параноидным психозом, злобно-напряженным аффектом. Уход в домашних условиях затруднен, и больные нуждаются в больничном психогеронтологическом отделении с круглосуточным надзором. В нашей выборке такие пациенты госпитализированы лишь однократно в течение года, в среднем на 55 дней, половина из них была одинока. В целом не более 1% больных деменцией соответствуют этому уровню [16], но среди 2/3 дементных обитателей домов для престарелых тяжелые поведенческие нарушения выявлены у 15–20%, психоз – у 15%, 20% страдают депрессивными расстройствами [23]. В стационарных учреждениях социального обслуживания или интернате для пре-

старелых находятся менее 5% нуждающихся больных деменцией [10]. Лишь один из 36 больных с умеренной и тяжелой деменцией может быть помещен в стационарное учреждение социального обслуживания престарелых и инвалидов, и основное бремя по уходу за такими больными в РФ ложится на плечи родственников [10]. В группе I оказалось 75% пациентов с длительностью верифицированной деменции 1–2 года; к группе II отнесены 60% пациентов с длительностью деменции 2–4 года; в группе III – 80% пациентов с длительностью деменции более 5 лет.

Потребление психиатрической помощи

Охват помощью и/или лечением. Пациенты, обычно в сопровождении, обращались к врачам 5,73±3,80 (1–13) раза в год, в 95% случаев в связи с назначением лекарств. Визиты врачей на дому составили не более 5%. Доля леченых в дневном стационаре – менее 10%; средняя длительность эпизода терапии – 23,5 дней. Эффект дневных стационаров для острых больных мало изучен [23]. Госпитализировано в течение болезни менее 10% пациентов в изучаемом году. Треть больных госпитализирована после верификации диагноза, в среднем 2,36±1,39 (1–5) раз. Так, в Германии такие пациенты пожилого возраста стационарованы чаще и дольше [42]. Необходимость госпитализации больных умеренной деменцией составляет 50% [27], тяжелой деменцией – 86%. Распространенность тяжелой деменции, требующей постоянного постороннего наблюдения – около 20% [9], однако в психоневрологических интернатах находится лишь 1% дементных, зарегистрированных в ПНД. Вероятность стационарирования зависит от политики администрации больниц в отношении больных [40]. Краткосрочная госпитализация для лечения поведенческих осложнений деменции эффективна, позволяя 50% пациентам вернуться домой [46]. Иные данные свидетельствуют о менее выраженном успехе [22].

Фармакоэпидемиологический анализ. Менее трети больных старческими деменциями получает какое-либо лекарственное лечение в течение года.

Среднее количество препаратов (за исключением соматотропных) – 2,5 на пациента, как правило, 2–3 раза в день, что требовало контроля близких. *Психотропные средства.* Нейролептики широко применяются для коррекции указанных выше симптомов, несмотря на повышенный риск (цереброваскулярных осложнений, экстрапирамидных расстройств) применения типичных и атипичных антипсихотиков [12, 14, 25]. Типичные нейролептики (сонапакс, галоперидол, труксал, эглонил, модитен депо, тизерцин) и атипичные антипсихотики (сероквель, азалептин) получали 66,7% пациентов, причем последние – лишь 15%. Не менее 60% пациентов получали низкопотентные нейролептики (сонапакс, труксал). Галоперидол не назначался в меньшей дозе, чем 2 мг в сутки. Такая доза более

эффективна в контроле агрессии [32]. Суточная доза нейролептиков в хлорпромазиновом эквиваленте не превышают 400 мг; длительность лечения не более двух месяцев. *Антидепрессанты* (лудиомил, пиразидол, коаксил, феварин, рекситин, ципралекс) получала менее трети пациентов. Трициклический антидепрессант (амитриптилин), небезопасный для пожилых, принимал лишь один больной. По доле назначений антидепрессантов можно косвенно судить о недодиагностике депрессивных расстройств [2], усугубляющих когнитивные нарушения и бремя ухода за больными. Дозы препаратов 150 мг в пересчете на амитриптилиновый эквивалент лишь у 12%. Курс лечения не более 2-х месяцев у 90% пациентов. *Транквилизаторы/снотворные*. Бензодиазепиновые транквилизаторы (альпразолам, реланиум, мезапам, феназепам, клоназепам, релаксон) получала половина пациентов, не более двух месяцев подряд (85%), в дозах не более двух мг лоразепамового эквивалента, небензодиазепиновые (снотвел, нитрест) – лишь 4 пациента. *Нормотимики* (менее 2% пациентов): финлепсин – не более 200 мг в сутки в связи с дисфориями. *Корректоры* (циклодол) получали 5% лечащихся типичными нейролептиками пациентов без указания на экстрапирамидные расстройства.

Для улучшения когнитивных функций применен широкий спектр ноотропных и вазоактивных препаратов, средств с антиоксидантным, нейрометаболическим и предполагаемым нейротрофическим действием. *Церебропротекторы и корректоры микроциркуляции* (бетасерк, винпоцетин, кавинтон, циннаризин, кортексин, танакан) принимали 50% пациентов обычно не более трех месяцев подряд. *Антиоксидант* мексидол был назначен в течение месяца 5% пациентам. *Ноотропные средства* (пикамилон, пантокальцин, аминалон, пирацетам) принимали 10% пациентов, обычно не более двух месяцев лечения в субтерапевтических дозах. Половине пациентов назначены ноотропы внутримышечно курсом до 10 инъекций. *Ингибиторы ацетилхолинэстеразы* (нейромидин, реминил, экселон) назначены не более 20% пациентов; 3/4 из них получали их не более трех месяцев подряд. Частота назначений пока единственного на фармацевтическом рынке селективного блокатора NMDA-глутаматных рецепторов – мемантина различается в ПНД многократно, но не более 5% пациентов лечились препаратом не менее 6 месяцев. Оптимальная

длительность применения антидементных препаратов не уточнена, но, возможно, речь идет о пожизненной компенсаторной [1] или базисной [7] терапии. Ее получали не более 10% пациентов.

Долговременная эффективность указанных препаратов на поздних этапах деменции не доказана [7, 11]. Их применение возможно в комбинации с базисными антидементными средствами либо в тех случаях, когда последние оказываются неэффективными или плохо переносятся [7]. Мало доказательных оснований лечения ноотропами больных БА и сосудистой деменцией [41]. Набор препаратов и их дозировки в полустационарных и стационарных условиях сходен за исключением мемантина в трети эпизодов больничного лечения; ни в одном случае терапия не продолжена по выписке. Однако мемантин рекомендован для лечения продвинутой стадии БА и сосудистой деменции (преобладающих на участках ПНД) как препарат первой линии в связи с показанным клиническим и экономическим эффектом [8].

Экономический анализ. Затраты на психотропные средства составляют 30-40% издержек на внебольничную фармакотерапию. Медицинские затраты в течение года на пациента в указанных выше группах приведены в табл. 4.

Не отмечено статистически значимых различий в стоимости внебольничного лечения между тремя группами ($p > 0,1$). При сравнении больничных и суммарных затрат не отмечено различий между группами I и II, но затраты в группе III выше, чем в группах I и II ($p < 0,04$). Итак, более выраженные поведенческие и психопатологические симптомы связаны с большей потребностью в дорогостоящей больничной помощи, но не отражаются на моделях фармакотерапии.

При учете средних значений медицинских издержек на пациента в течение года (11 500 руб.) и количества пациентов, зарегистрированных психиатрическими службами, суммарные медицинские затраты только на БА в столице составляют 108 077 000 рублей. Фактически в течение года получают лечение не более трети пациентов, уменьшаются и медицинские издержки, компенсируемые уходом и, возможно, личными затратами близких больных [10]. В связи с недостаточными психиатрическими и социальными ресурсами даже тяжелые дементные больные в повседневной практике остаются внебольничными, и основное бремя болезни ложится на плечи опекающих их близких.

Таблица 4

Медицинские затраты на больного за 12 месяцев лечения

Элементы средних медицинских затрат (руб.)	Группа I	Группа II	Группа III
Амбулаторная фармакотерапия	6 347,48±1 919,14	6 449,08±2 486,36	7 487,26±2 215,33
Визиты к врачу ПНД	497,4±212,10	630,0±476,44	461,4±272,87
Полустационарное лечение	87,22±18,05	82,92±35,72	92,41±15,02
Внебольничные затраты	6 932,10±2 159,43	7 162,00±2 692,48	8 041,07±2 337,54
Больничное лечение	4 273,6±1 769,11	4 357,36±1 962,18	5 785,58±2 048,31
Суммарные медицинские затраты	11 205,70±3 345,56	11 519,36±2 996,73	13 826,65±3 817,24

Заключение

Деменция как ведущая психическая патология пожилого возраста определяет планирование геронтопсихиатрической помощи [1, 9]. Стоимость психиатрической помощи [11], как и бремя семьи [31] нарастают при прогрессировании деменции, в большей мере в связи с сопутствующими психическими симптомами. Общие рекомендации по ведению больных старческими деменциями включают обучение и эмоциональную и социальную поддержку неформальных опекунов, активное выявление и лечение поведенческих и психопатологических расстройств деменции, сопутствующих соматических болезней лекарственными и нелекарственными методами членами многопрофессиональной бригады, выбор антидементных препаратов (ингибиторов холинэстеразы и мемантина) [8, 11]. Видимо, в повседневной отечественной практике многие аспекты доказательно эффективной помощи больным деменцией мало развиты. Низкий охват психиатрической помощью пациентов ПНД косвенно указывает на ее малую привлекательность, настойчивость и качество, не соответствующее реальным потребностям пациентов и их близких. Коррекция поведенческих и психопатологических симптомов, отягощающих близких более, чем когнитивный дефицит [29], в основном сводится к психофармакотерапии. Однако такое лечение поведенческих симптомов (агрессия) и психозов лишь умеренно эффективно и весьма небезопасно [39]. Для нелекарственной коррекции симптомов, целенаправленного лечения антидементными препаратами у профессионалов и неформальных помощников обычно «нет времени и ресурсов». Напротив, сильные стороны и механизмы приспособительного совладания

опекунов, социальная поддержка снижают суммарное бремя деменции [31]. Страдания больных и их близких, субоптимально потраченные ресурсы можно уменьшить благодаря эффективной геронтопсихиатрической службе с учетом потребностей целевых групп пациентов и их близких [1, 19]. При этом повышение качества психогеронтологической помощи приведет к большему охвату больных и новому витку затрат. Их компенсация возможна при снижении реальной (не искусственно сдерживаемой) потребности в институциональной помощи и бремени семьи больных. Гуманистические и экономические соображения (нечастый случай совпадения) диктуют, чтобы помощь была многопрофильной и межведомственной, общедоступной, гибко отвечающей изменчивым требованиям пациентов и их близких, быстро реагирующей, охватывающей определенный район обслуживания [28]. Пока при оценке повседневной помощи дементным больным и их близким можно говорить о выполнении лишь последнего условия. Научно доказательный выбор и систематическое применение антидементных препаратов могли бы облегчить бремя деменции для семьи пациента, психиатрических служб и общества в целом [1, 2, 7, 8, 11].

Ограничения исследования. Учтены зарегистрированная в психиатрических службах болезненность и затраты специализированных служб. Не учтены соматотропные препараты и помощь интернистов, бремя семьи. В связи с тем, что большинство из них в нашей выборке – пенсионного возраста, объективное (но, видимо, не субъективное) бремя болезни на семью невелико, как и в недавнем отечественном многоцентровом исследовании [2].

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилова С.И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера. М.: Пульс, 2007. 359 с.
2. Гурович И.Я., Любов Е.Б. и соавт. Клинико-функциональный и ресурсосберегающий эффекты лечения мемантином деменции альцгеймеровского типа и сосудистой деменции // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 10, № 1. С. 43–51.
3. Голдберг Д., Хаксли П. Распространенные психические расстройства. Биосоциальная модель. Пер. с англ. Киев: Сфера, 1999. 256 с.
4. Зозуля Т.Е., Ястребова М.В. Актуальные проблемы геронтопсихиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 8, № 2. С. 103–107.
5. Калын Я.Б., Гаврилова С.И. Эпидемиологические и фармакоэкономические аспекты болезни Альцгеймера // Психиатрия. 2008. №4–6. С. 7–12.
6. Концевой В.А., Сафарова Т.П., Огнев А.Е. Использование психотропных средств при амбулаторном лечении психически больных позднего возраста // Журнал неврологии и психиатрии. 2000. Т. 100, №10. С. 39–43.
7. Левин О.С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике. М.: Медпресс, 2010. 256 с.
8. Любов Е.Б. Мемантин при болезни Альцгеймера: клиническая и экономическая позиции // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 3. С. 96–102.
9. Случевская С.Ф. Клинико-эпидемиологическая характеристика и организация медико-социальной помощи психически больным пожилого возраста в Санкт-Петербурге: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2008. 27 с.
10. Чикина Е.С., Медников О.И., Белоусов Ю.Б. Фармакоэкономические аспекты деменции в РФ // Российский Медицинский Журнал. 2005. Т. 13, № 20. С. 1354–1360.
11. American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias of late life. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2005. 93 p.
12. Aupperle P. Management of aggression, agitation, and psychosis in dementia: focus on atypical antipsychotics // Am. J. Alz. Dis. Other Dem. 2006. Vol. 21, N 2. P. 101–108.
13. Glennie J. for the Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA). Review: Tacrine has limited efficacy for Alzheimer disease // ACP J. Club. 1997. Vol. 128. P. 46.
14. Ballard C., Neill D., O'Brien J. et al. Anxiety, depression and psychosis in vascular dementia: prevalence and associations // J. Affect. Disord. 2000. Vol. 59. P. 97–106.
15. Ballard C., Waite J. The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease // Cochrane Database Syst. Rev. 2006. Vol. 25, N 1. CD003476.
16. Brodaty H., Draper B.M., Low L.F. Behavioural and psychological symptoms of dementia: a seven-tiered model of service delivery // Med. J. Aust. 2003. Vol. 178. P. 231–234.
17. Chappell N.L., Reid R.C. Burden and well-being among caregivers: examining the distinction // Gerontologist. 2002. Vol. 42. P. 772–780.
18. Clyburn L.D., Stones M.J., Hadjstavropoulos T., Tuokko H. Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease // J. Gerontol. Biol. Psychol. Sci. Soc. Sci. 2000. Vol. 55. P. S2–S13.
19. Cole M.G. Can geriatric psychiatry services make a difference? // Int. Psychogeriatrics. 1998. Vol. 10. P. 349–350.
20. Covinsky K.E., Eng C., Lui L.Y. et al. Reduced employment in caregivers of frail elders: impact of ethnicity, patient clinical characteristics, and caregiver characteristics // J. Gerontol. Biol. Sci. Med. Sci. 2001. Vol. 56. P. M707–M713.

21. De Vugt M.E., Stevens F., Aalten P. et al. Do caregiver management strategies influence patient behaviour in dementia? // *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2004. Vol. 19. P. 85–92.
22. Djernes J.K., Gulmann N.C., Abelskov J.E. et al. Psychopathologic and functional outcome in the treatment of elderly inpatients with depressive disorders, dementia, delirium and psychoses // *Int. Psychogeriatrics*. 1998. Vol. 10. P. 71–83.
23. Draper B. The effectiveness of old age psychiatry services // *Int. J. Ger. Psychiatry*. 2000. Vol. 15. P. 687–703.
24. Finkel S.I. Behavioral and psychological symptoms of dementia: a current focus for clinicians, researchers, and caregivers // *J. Clin. Psychiatry*. 2001. Vol. 62, Suppl. 21. P. 3–6.
25. Gill S.S., Bronskill S.E., Normand S.-L.T. et al. Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia // *Ann. Intern. Med.* 2007. Vol. 146. P. 775–786.
26. Haupt M., Kurz A., Janner M. A 2-year follow-up of behavioural and psychological symptoms in Alzheimer's disease // *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* 2000. Vol. 11. P. 147–152.
27. Hux M.J., O'Brien B.J., Iskedjian M. et al. Relation between severity of Alzheimer's disease and costs of caring // *Can. Med. Ass. J.* 1998. Vol. 159. P. 457–465.
28. Jolley D.J., Arie T. Organization of psychogeriatric services // *Br. J. Psychiatry*. 1978. Vol. 132. P. 1–11.
29. Kurz A. «BPSSD»: Verhaltens-störungen bei Demenz: Ein neues diagnostisches und therapeutisches Konzept? // *Der. Nervenarzt*. 1998. Bd. 3. S. 269–273.
30. Langa K.M., Chernew M.E., Kabeto M.U. et al. National estimates of the quantity and cost of informal caregiving for the elderly with dementia // *J. Gen. Intern. Med.* 2001. Vol. 16. P. 770–778.
31. Leinonen E., Korpiammi L., Pulkkinen L.M., Pukuri T. The comparison of burden between care giving spouses of depressive and demented patients // *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2001. Vol. 16. P. 387–393.
32. Lonergan E., Luxenberg J., Colford J. Haloperidol for agitation in dementia // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2002. N 2. CD002852.
33. Lyketsos C.G., Lopez O., Jones B. et al. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the Cardiovascular Health Study // *JAMA*. 2002. Vol. 288. P. 1475–1483.
34. Max W., Webber P., Fox P. Alzheimer's disease: the unpaid burden of caring // *J. Ag. Health*. 1995. Vol. 7. P. 179–199.
35. Moore M.J., Zhu C.W., Clipp E.C. Informal costs of dementia care: estimates from the National Longitudinal Caregiver Study // *J. Gerontol. Psychol. Sci. Soc. Sci.* 2001. Vol. 56. P. S219–228.
36. Murray C.J., Lopez A.D. The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press, 1996. P. 6–39.
37. Rahnkonen T., Eloniemi-Sulkava U., Rissanen S. et al. Dementia with Lewy bodies according to the consensus criteria in a general population aged 75 years or older // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 2003. Vol. 74. P. 720–724.
38. Ritchie K., Artero S., Beluche I. et al. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population // *Br. J. Psychiatry*. 2004. Vol. 184. P. 147–152.
39. Sink K.M., Holden K.F., Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence // *JAMA*. 2005. Vol. 293. P. 596–608.
40. Stromgren E. Statistical and genetical population studies within psychiatry: methods and principal results // *Congress International de Psychiatrie. (Paris)*. 1950. Vol. 6. P. 155–186.
41. Waldemar G., Dubois B., Emre M. et al. Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia / R. Hughes et al. European handbook of neurological management. Oxford: Blackwell Publishing, 2006. P. 266–298.
42. Wetterling T., Junghanns K. Gerontopsychiatrischer Konsiliardienst // *Psychiatr. Praxis*. 2002. Bd. 29. S. 311–314.
43. Wimo A., Winblad B., Aguero-Torres H., von Strauss E. The magnitude of dementia occurrence in the world // *Alz. Dis. Assoc. Dis.* 2003. Vol. 17, N 2. P. 63–67.
44. Winslow B.W., Carter P. Patterns of burden in wives who care for husbands with dementia // *Nurs. Clin. North. Am.* 1999. Vol. 34. P. 275–287.
45. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO, 2001. 178 p.
46. Zelenko G.S., Rosen J., Sweet R.A. et al. Impact of psychiatric hospitalization on behavioral complications of Alzheimer's disease // *Am. J. Psychiatry*. 1992. Vol. 149. P. 1484–1491.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ, ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАРЧЕСКИХ ДЕМЕНЦИЙ

Е. Б. Любов, И. Р. Еналиев, Т. П. Крюченкова

Сочетанный фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ больных старческими деменциями в повседневной психиатрической практике указывает на существенные медицинские издержки вкпе со значительным бременем неформальных опекунов,

выявляет резервы повышения качества геронтопсихиатрической службы.

Ключевые слова: старческие деменции, фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ.

CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL, PHARMACOEPIDEMIOLOGICAL AND ECONOMIC ASPECTS OF SENILE DEMENTIA

E. B. Lyubov, I. R. Enaliev, T. P. Kryuchenkova

A combination of pharmacoepidemiological and pharmacoeconomic analysis of patients with dementia in regular clinical practice shows significant medical costs and a noticeable burden for informal carers but also

points to resources for improving the quality of gerontopsychiatric care.

Key words: senile dementias, pharmacoepidemiological and pharmacoeconomic analysis.

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»; e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru
Еналиев Иршад Рашидович – главный врач психоневрологического диспансера №13 города Москвы; тел. (499) 120-2255
Крюченкова Тамара Петровна – заместитель главного врача по медчасти психоневрологического диспансера №10 города Москвы; тел. (499) 679-6474