

Уважаемые коллеги!

Редакция журнала «Современная терапия в психиатрии и неврологии» продолжает публикацию статей постоянной рубрики «Современные подходы к терапии болезни Альцгеймера». Куратор рубрики – доктор медицинских наук, профессор Светлана Ивановна Гаврилова, руководитель Отдел гериатрической психиатрии ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН.

В рамках рубрики запланированы статьи:

1. Диагностика и терапия смешанной (альцгеймеровско-сосудистой) деменции
Д-р мед. наук Н.М. Михайлова
2. Когнитивные и некогнитивные психические нарушения у родственников первой степени родства у пациентов с болезнью Альцгеймера
Д-р мед. наук Н.Д. Селезнёва, канд. психол. наук И.Ф. Рощина, М.В. Гантман
3. Возможности превентивной терапии болезни Альцгеймера
Д-р мед. наук, проф. С.И. Гаврилова
4. Особенности лечения поведенческих и психотических расстройств у пациентов с болезнью Альцгеймера.
Канд. мед. наук И.В. Колыхалов

Спонсор рубрики – компания Тева

Роль патогенетической терапии болезни Альцгеймера в снижении нагрузки на лиц, ухаживающих за пациентами

И.В. Колыхалов¹, Г.А. Рассадина²

¹Отдел гериатрической психиатрии ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, 115522, Москва, Каширское ш., д. 34

²Психиатрическая клиническая больница № 15, 115552, Москва, ул. Москворечье, д. 7

Оценка эффективности и безопасности 4-месячного курса терапии ривастигином, а также изучение динамики показателей, оценивающих нагрузку на лиц, осуществляющих уход за больными, были выполнены на невыборочной группе из 25 пациентов с болезнью Альцгеймера (БА). Все пациенты получали пероральную терапию ривастигином, а 22 больным при поступлении в стационар одновременно с ривастигином назначалась антипсихотическая терапия. Проведенное исследование показало, что применение ривастигина у пациентов, страдающих БА с поведенческими и психотическими расстройствами на стадии умеренно выраженной деменции улучшает не только когнитивное функционирование больных, но и положительно влияет на редукцию у них психотических и поведенческих расстройств. Включение ривастигина в комплексную терапию пациентов с БА приводит к существенному снижению доз необходимых психотропных препаратов, а у ряда больных – и к полной отмене всех антипсихотических средств, применяемых для купирования поведенческих и психотических расстройств. Чрезвычайно важно подчеркнуть, что применение терапии ривастигином у пациентов с умеренной и умеренно тяжелой БА и поведенческими расстройствами приводит к существенному (до 30 %) снижению времени, затрачиваемого на уход и присмотр за такими пациентами, уменьшению уровня стрессовой нагрузки и улучшению здоровья лиц, ухаживающих за больными, что сказывается на повышении качества жизни как самого больного, так и его семьи.

Ключевые слова: болезнь Альцгеймера, ривастигмин, ухаживающие за больными, качество жизни

Болезнь Альцгеймера (БА) – одна из наиболее распространенных причин развития деменции среди лиц в возрасте 65 лет и старше. По данным эпидемиологического исследования, проведенного в отделе по изучению болезни Альцгеймера НЦПЗ РАМН, 4,5 % населения г. Москвы в возрасте старше 60 лет страдают БА,

причем у 1,8 % выявлены выраженные и тяжелые формы [1]. Ожидается, что показатели распространенности БА вырастут к 2014 г. в развитых странах вдвое, а в развивающихся (таких как Китай, Южная Азия и западный тихоокеанский регион) – втрое [3].

Рост численности таких больных в будущем повлечет за собой огромную нагрузку не только на здоровье и качество жизни больных и их семей, но и функционирование служб общественного здравоохранения в целом. В связи с этим многие авторы публикаций на эту тему именуют БА «молчаливой эпидемией» или «тикающей бомбой» [9, 12, 13]. Уход за пациентом с БА является особенно сложным и включает в себя физические, психологические, социальные и эмоциональные проблемы, с которыми сталкиваются члены семьи [7]. Наиболее возрастает груз проблем, связанных с уходом и присмотром за больными, когда болезнь достигает стадии умеренной и особенно тяжелой деменции и, как правило, сопровождается появлением поведенческих и психотических симптомов. Психотические и поведенческие симптомы являются основным фактором, определяющим тяжесть ухода за больными БА. Своевременная профилактика и лечение этих симптомов заметно облегчает уход за больными [8].

По данным Альцгеймеровской ассоциации, 40 % родственников, ухаживающих за пациентами с деменцией, оценивают собственный эмоциональный стресс, развивающийся из-за необходимости ухода за этими больными и совместного проживания с ними, как высокий или очень высокий, а примерно треть этих людей имеют признаки депрессии [2]. Появление стресса у ухаживающего лица особенно тесно связано с наличием у больного поведенческих нарушений и необходимостью принятия решения о помещении его в стационар или интернат. По данным отчета, опубликованного Альцгеймеровской ассоциацией, в семьях пациентов с деменцией проблемы со здоровьем у лиц,

непосредственно ухаживающих за больными, достоверно более выражены по сравнению с другими членами семьи. В частности, именно ухаживающие лица имеют повышенный уровень гормонов стресса, у них снижен иммунитет, медленнее заживают раны, более выражена сердечно-сосудистая патология (гипертония и ИБС), имеются признаки ускоренного старения, в том числе на генетическом уровне (укорочение теломера) [2].

В этой связи большую актуальность приобретает вопрос о том, в какой степени лечение больных с БА способно оказать позитивное влияние не только на когнитивное и повседневное функционирование самих пациентов, но и снизить нагрузку (как физическую, так и психологическую) на членов их семей, осуществляющих функции опекуна, и, соответственно, улучшить качество жизни и состояние их здоровья.

Целью исследования являлась оценка эффективности и безопасности четырехмесячного курса терапии ривастигмином у пациентов с психотическими и поведенческими расстройствами на фоне умеренно выраженной деменции при БА, а также изучение динамики показателей, оценивающих нагрузку на лиц, осуществляющих уход за больными.

Настоящее исследование – простое, открытое, выполнено в невыборочной группе из 25 пациентов с БА, поступивших в связи с поведенческими или психотическими расстройствами в мужское геронтопсихиатрическое отделение ПКБ № 15 г. Москвы, где им была назначена терапия ривастигмином. После выписки из стационара (через 12 недель) больные в течение последующих четырех недель продолжали лечение ривастигмином амбулаторно.

Критериями включения в исследование были:

- диагноз БА, установленный в соответствии с критериями МКБ-10 и соответствующий диагностическим критериям для «вероятной» БА NINCDS/ADRDA [10];
- возраст от 50 до 95 лет включительно;
- 2 стадии деменции по критериям Clinical Dementia Rating (CDR) [11] на момент скринингового визита;
- оценка по шкале Хачински менее 5 баллов;
- оценка по шкале Mini-Mental State Examination (MMSE) [5] в диапазоне от 10 до 18 баллов;
- наличие нейровизуализационных признаков БА или смешанной (альцгеймеровско-сосудистой) деменции по данным КТ или МРТ, сделанной в период не более года до включения в исследование;
- наличие постоянно проживающего совместно с пациентом ближайшего родственника или другого попечителя, который осуществляет наблюдение и ухаживает за больным;
- отсутствие противопоказаний к приему препарата внутрь в течение предусмотренного времени;
- отсутствие показаний к одновременному проведению терапии препаратами, способными исказить результаты исследования;
- отсутствие грубого двигательного или сенсорного дефекта или иных нарушений, которые могут затруднить оценку первичных или вторичных изменений.

В клиническом исследовании не могли участвовать больные, имеющие следующие критерии исключения:

- неврологические заболевания (врожденные и/или приобретенные метаболические энцефалопатии, токсические и лекарственные энцефалопатии, болезнь Паркинсона, мультиинфарктную деменцию, инсульт, эпилепсию, инфекционные заболевания, демиелинизирующие и наследственно-дегенеративные заболевания ЦНС);
- неопластические и/или травматические повреждения головного мозга;

- системные заболевания;
- психические болезни;
- тяжелую органную патологию, злокачественные опухоли, ВИЧ-инфекцию, сахарный диабет в стадии декомпенсации, другие эндокринные заболевания;
- алкоголизм и/или лекарственную зависимость;
- медикаментозную или иную интоксикацию;
- одновременное проведение иной терапии, которая способна исказить результаты исследования или неблагоприятно взаимодействовать с исследуемым препаратом;
- наличие брадикардии (частота сердечных сокращений менее 50).

Все пациенты получали пероральную терапию ривастигмином. У 21 больного путем титрования доза ривастигмина была доведена до 12 мг/сут, 4 человека не смогли завершить участие в исследовании из-за нежелательных явлений. При поступлении в стационар 22 больным одновременно с ривастигмином назначалась антипсихотическая терапия: 8 больных принимали тиапридал (до 300 мг/сут), 5 – сероквель (до 100 мг/сут), 3 – пропазин (до 150 мг/сут), 1 – рисполепт (2 мг/сут). Кроме того, троим больным назначалась сочетанная терапия пропaziном и тиапридалом, один пациент принимал галоперидол и тиапридал, еще один – сероквель и тиапридал.

При поступлении у большинства пациентов было диагностировано обострение хронических соматических заболеваний, которые могли спровоцировать появление поведенческих и психотических расстройств. Так, у 10 больных, страдающих гипертонической болезнью, при поступлении отмечалось повышение АД до 180–220/100 мм рт. ст., у 5 – повышение уровня сахара в крови и обострение хронического бронхита, а у 6 – обострение хронического пиелонефрита. При выписке из стационара (через 12 недель) соматическое состояние всех больных удалось скомпенсировать. Пациенты с гипертонической болезнью получали эналаприл, амлодипин и метопролол, больные с сахарным диабетом – диабетон и сиофор, пациенты с обострением хронического пиелонефрита лечились уроантисептиками.

Оценка повседневной активности больных проводилась по шкале DAD (Disability Assessment for Dementia) [6], выраженность поведенческих и психотических симптомов деменции оценивалась по Нейропсихиатрическому опроснику (NPI, Neuropsychiatric Inventory) [4]. Для определения нагрузки на лиц, ухаживающих за больными, применялся опросник RUD (Resource Utilization in Dementia) [14].

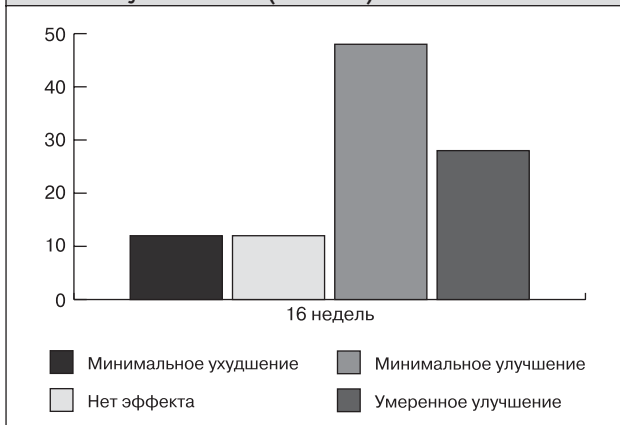
Оценка нагрузки на лиц, ухаживающих за больными в домашних условиях (шкала RUD), проводилась при поступлении больного в стационар и через 4 недели после выписки, т. е. после 16 недель лечения пациента ривастигмином.

В таблице 1 представлены демографические показатели и характеристика клинического состояния больных к началу исследования, в том числе средние групповые показатели когнитивного функционирования, повседневной активности и выраженности поведенческих и психотических симптомов деменции.

Статистическая оценка результатов проводилась с использованием программы Statistica 6.0. Для под-

Таблица 1. Демографическая и клиническая характеристика группы больных к началу исследования		
Показатель		M ± m
Средний возраст, лет		73,1 ± 1,3
БА	с ранним началом	7
	с поздним началом	18
NPI		39,1 ± 3,6
DAD		28,2 ± 4,0

Рис. 1. Эффективность терапии ривастигином по общему клиническому впечатлению (шкала CGI)



тверждения достоверности результатов терапии использовались методы непараметрической статистики – вычисление критерия Вилкоксона (для выборок с любым распределением признаков).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В соответствии с общим клиническим впечатлением (шкала CGI) положительный эффект терапии был отмечен у 76,0 % больных, участвовавших в исследовании, при этом у 28,0 % больных улучшение оценивалось как умеренно выраженное. У 12 % пациентов изменений состояния не наблюдалось, и у такого же числа больных состояние оценивалось как минимальное ухудшение (рис. 1). Улучшение в состоянии больных определялось в большей мере редукцией поведенческих и психотических расстройств и в меньшей степени – улучшением их когнитивного функционирования.

Оценка повседневного функционирования пациентов по шкале DAD

Шкала DAD включает в себя 40 пунктов, оценивающих навыки физического самообслуживания, в том числе прием пищи и лекарств, одевание, уход за собой, а также работа по дому, приготовление еды, передвижение, финансовую деятельность и переписку. Суммарный показатель, характеризующий качество повседневной активности больных, достоверно улучшился к моменту окончания терапии (через 16 недель) по сравнению с исходной оценкой.

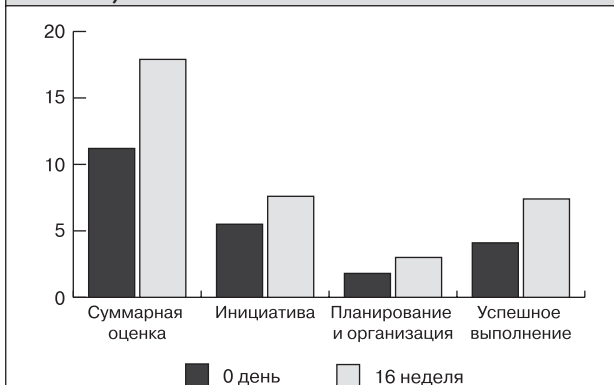
При этом достоверно улучшились также показатели, оценивающие инициативу, планирование, организацию деятельности и успешность в выполнении различных видов бытовой деятельности (рис. 2).

Терапевтическая динамика выраженности психотических и поведенческих расстройств

До начала терапии поведенческие и психотические нарушения, оцениваемые по шкале NPI, распределялись в группе больных следующим образом: бредовые расстройства выявлялись у 68 % больных (17 чел.), галлюцинации – у 24 % (6 чел.), агрессия и раздражительность – у 84 % (21 чел.), депрессивные расстройства и тревога – у 64 % (16 чел.), апатия – у 32 % (8 чел.), расторможенность – у 36 % (9 чел.), аберрантное моторное поведение и расстройства сна – у 56 % (14 чел.), расстройства аппетита – у 20 % (5 чел.) (рис. 3). В большинстве случаев наблюдалось сочетание двух и более видов поведенческих и психотических нарушений.

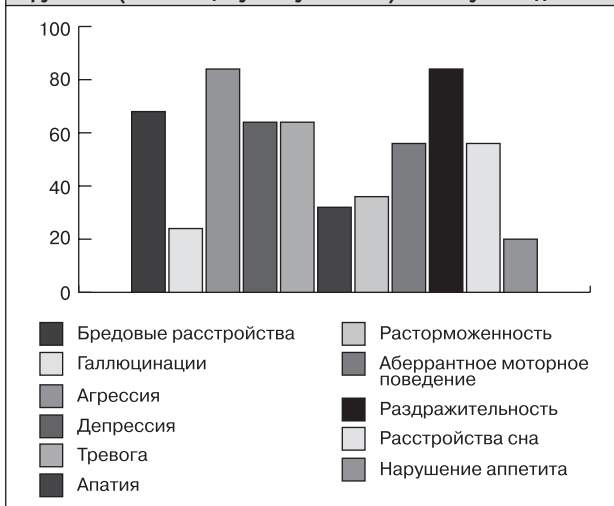
Бредовые идеи ущерба, столь характерные для больных старческого возраста, отмечались у 11 больных; 3 больных считали, что в доме живут незваные гости; 2 пациента были убеждены, что их лишили дома и поселили в чужой квартире; 1 больной высказывал бредовые идеи ревности. Галлюцинаторные расстройства

Рис. 2. Терапевтическая динамика повседневного функционирования пациентов (средние групповые показатели шкалы DAD)



*Различия достоверны ($p < 0,01$) по сравнению с оценкой до начала терапии

Рис. 3. Частота разных видов поведенческих и психотических нарушений (в % к общему числу больных) к началу исследования



были представлены только зрительными галлюцинациями.

Агрессия в поведении у большинства пациентов (17 чел.) проявлялась в сопротивлении какой-либо помощи со стороны ухаживающих лиц, например при попытках их переодеть или помыть. Восемь пациентов с агрессивным поведением проявляли вербальную агрессию – кричали или ругались на своих близких, у четверых больных агрессия проявлялась в бросании предметов, пинании ногами мебели и хлопанье дверьми, и столько же пациентов пытались причинить боль или ударить своих близких.

У подавляющего большинства больных (15 чел.) тревога проявлялась беспокойством по поводу предстоящих событий, в чувстве напряжения и неуверенности. Трое пациентов тревожились, когда оставались дома одни.

В данной выборке больных раздражительность проявлялась в резких сменах настроения, эмоциональных срывах по незначительным поводам (13 чел.). У 11 пациентов отмечались внезапные вспышки гнева, они были капризны и легко возбудимы, проявляли нетерпение, часто вступали в споры с окружающими, с ними было трудно договориться о чем-либо.

Большинство больных с аберрантным моторным поведением (11 чел.) бесцельно бродили по дому или шагали взад-вперед, при этом трое пациентов рылись в ящиках, постоянно перебирали вещи в шкафах или теребили пуговицы, полы своей одежды, а двое больных часто бесцельно надевали и снимали одежду.

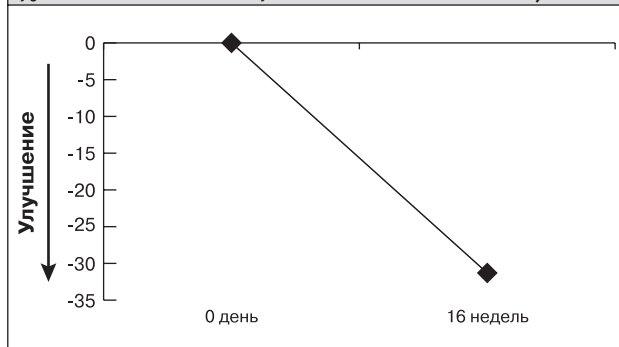
К моменту окончания терапии (16 неделя) установлено достоверное уменьшение выраженности психотических и поведенческих симптомов по суммарному показателю шкалы NPI (рис. 4).

Необходимо подчеркнуть, что к моменту выписки из стационара (12-я неделя) у всех больных удалось значительно снизить дозы психотропных препаратов: тиаприда в среднем с 300 до 100 мг/сут, пропазина с 150 до 25 мг/сут, сероквела с 100 до 25 мг/сут, а у пяти пациентов (20 %) прием антипсихотических средств был полностью прекращен.

Нежелательные явления в период терапии ривастигмином отмечались у 20 % больных. Наиболее часто наблюдалось ощущение тошноты в начале терапии или при повышении дозы ривастигмина. У одного пациента такие явления отмечались на 10-й день лечения (доза 3 мг/сут) и самостоятельно прошли через день. У другого больного эти симптомы проявились на 14-й день терапии и сопровождались обострением желчнокаменной болезни, из-за чего пациент выбыл из исследования. У одного пациента тошнота и рвота появились при переходе к дозе 6 мг/сут (на 30-й день терапии) и продолжались 7 дней, затем пациент отказался от приема препарата.

У одного больного на 21-й день терапии ривастигмином (доза 3 мг/сут) в течение 5 дней наблюдалось урежение числа сердечных сокращений и появление болей в области сердца, в связи с чем пациент выбыл из исследования. Еще у одного пациента при переходе к дозе 9 мг/сут (60-й день терапии) появились боли в правом подреберье и эпигастральной области, у него было диагностировано обострение хронического панкреатита, вследствие чего его участие в исследовании было прекращено.

Рис. 4. Терапевтическая динамика выраженности поведенческих и психотических расстройств по шкале NPI (улучшение среднего группового показателя по сравнению с исходной оценкой)



Изменение нагрузки на лиц, ухаживающих за пациентами с деменцией, в связи с терапией ривастигмином

Поскольку уход за больными, страдающими деменцией, сопровождается большой стрессовой и физической нагрузкой на лиц, непосредственно ухаживающих за больными, важно было оценить, может ли применение ривастигмина у больных с умеренно выраженной БА облегчить нагрузку на этих людей, связанную с уходом за пациентом.

Уход за больными, включенными в настоящее исследование, осуществляли супруги пациентов (11 человек) и дети (14 человек) в возрасте от 32 до 79 лет (средний возраст $55,7 \pm 2,8$). Все лица, ухаживающие за пациентами, проживали совместно с больными, их возрастное распределение показано на рис. 5.

Средний групповой показатель временной нагрузки (по шкале RUD) на лиц, ухаживающих за больными (уход и присмотр), до начала лечения составлял 12,4 часа в день (табл. 2). К моменту окончания терапии этот показатель сократился на 29,8 %. При этом количество времени, затрачиваемого собственнo на уход и обслуживание больных, изменилось незначительно, а основная доля сокращения временных затрат приходилась на уменьшение времени на присмотр за пациентами, что можно связать скорее с нормализацией их поведения и редукцией психотической симптоматики у больных.

Анализ динамики показателей шкалы NPI, оценивающих стрессовую нагрузку на лиц, ухаживающих за пациентами, показал, что применение ривастигмина в сочетании с антипсихотической терапией способствует достоверному ее снижению. К моменту окончания терапевтического курса эта нагрузка снизилась на 52,3 % по сравнению с исходным уровнем.

Рис. 5. Распределение по возрасту лиц, ухаживающих за пациентами с БА (в % к общему числу ухаживающих)

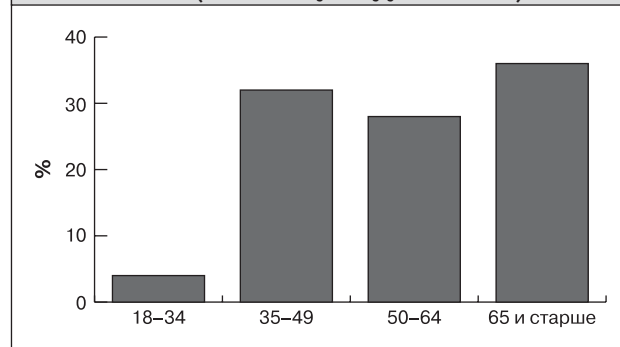


Таблица 2. Распределение времени, затрачиваемого на уход за больными, до начала терапии и к моменту ее окончания

Затрачиваемое время (часы)	Период терапии		
	До начала лечения	Через 16 недель терапии	Уменьшение времени по отношению к началу лечения, %
Уход (прием пищи, одевание, туалет, личная гигиена, купание и прогулки)	2,2 ± 0,1	2,1 ± 0,6	4,5
Обслуживание (покупки, приготовление еды, уборка, стирка, поездки, прием лекарств)	2,2 ± 0,1	2,0 ± 0,6	9,0
Присмотр (избегание опасных действий)	8,0 ± 0,6	4,6 ± 2,0	42,5
Всего	12,4	8,7	29,8

Таблица 3. Распределение психопатологической симптоматики у лиц, осуществляющих уход за больными

Симптомы	До начала лечения		Через 16 недель терапии	
	Число ухаживающих	%	Число ухаживающих	%
Депрессивные симптомы	15	60	4*	16
Тревога	7	28	3	12
Слабость, утомляемость	9	36	4	16
Раздражительность по отношению к больному	6	24	1	4

*Различия достоверны ($p < 0,01$) по сравнению с оценкой до начала терапии.

До начала лечения пациентов практически у всех лиц, осуществляющих уход за больными, отмечались различные психогенно-ситуационные психопатологические расстройства. Так, депрессивные симптомы выявлялись у 60 % (15 чел.) ухаживающих лиц, 36 % (9 чел.) жаловались на повышенную слабость и утомляемость, 28 % (7 чел.) испытывали состояние тревоги, а 24 % (6 чел.) испытывали повышенную раздражительность по отношению к больному. Некоторые из ухаживающих лиц имели сочетание нескольких из указанных симптомов. По окончании 16 недель терапии психическое состояние ухаживающих лиц существенно улучшилось по всему спектру расстройств, причем редукция депрессивных симптомов оказалась статистически достоверной ($\chi^2 = 10,27$; $p < 0,01$) (табл. 3). Сами ухаживающие лица отмечали, что, помимо улучшения настроения, они стали более уверенными, появилась вера в возможности терапии и более позитивная оценка ситуации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение ривастигмина у пациентов БА с поведенческими и психотическими расстройствами на стадии умеренно выраженной деменции улучшает не только когнитивное функционирование больных, но и положительно влияет на редукцию у них психотических и поведенческих расстройств.

Включение ривастигмина в комплексную терапию этой категории особенно трудных для ухода и лечения пациентов с БА приводит к существенному снижению доз необходимых психотропных препаратов, а у ряда больных – и к полной отмене всех антипсихотических средств, применяемых для купирования поведенческих и психотических расстройств.

Чрезвычайно важно подчеркнуть, что применение терапии ривастигмином у пациентов с умеренно выраженной БА и поведенческими расстройствами приводит к существенному (до 30 %) снижению времени, затрачиваемому на уход и присмотр за такими пациентами, уменьшению уровня стрессовой нагрузки и улучшению здоровья лиц, ухаживающих за больными, что сказывается на повышении качества жизни как самого больного, так и его семьи.

Литература

1. Гаврилова С.И., Калын Я.Б. Социально-средовые факторы и состояние психического здоровья пожилого населения // Вестник Рос. АМН. 2002. № 9. С. 15–20.
2. Alzheimer's Association. 2008 Alzheimer's Disease Facts and Figures // Alzheimer's & Dementia. 2008. Vol. 4. Issue 2. P. 110–133.
3. Croog S.H., Burleson J.A., Sudilovsky A., Baume R.M. Spouse caregivers of Alzheimer patients: problem responses to caregiver burden // Aging Ment Health. 2006. Vol. 10. P. 87–100.
4. Cummings J.L., Mega M., Gray K. et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia // Neurology. 1994. Vol. 44. № 12. P. 2308–2314.
5. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. Mini-Mental State. A practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician // Journal of Psychiatry Research. 1975. Vol. 12. P. 189–198.
6. Gelinas I., Gauthier L., McIntyre M. Development of a functional measure for persons with Alzheimer's disease: the Disability Assessment for Dementia //

- American Journal of Occupational Therapy. 1999. Vol. 53. P. 471–481.
7. Gwyther L., George L. Caregivers for dementia patients: Complex determinants of well-being and burden // Gerontologist. 1986. Vol. 26(3). P. 245–247.
8. Kochhann R., Borba E., Cerveira M.O., Onyszko D., De Jesus A., Forster L., et al. Neuropsychiatric symptoms as the main determinant of caregiver burden in Alzheimer's disease // Dement. Neuropsychol. 2011. Vol. 5(3). P. 203–208.
9. Mahoney R., Regan C., Katona C. Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease: the LASER-AD study // Am J Geriatr Psychiatry. 2005. Vol. 13. P. 795–801.
10. McKhann G., Drachman D., Folstein M., et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease // Neurology. 1984. Vol. 34. P. 939–944.
11. Morris J.C. The Clinical dementia rating (CDR). Current version and scoring rules // Neurology. 1993. Vol. 43. P. 2412–2413.
12. Sink K.M., Covinsky K.E., Barnes D.E. Caregiver characteristics are associated with neuropsychiatric symptoms of dementia // J Am Geriatr Soc. 2006. Vol. 54. P. 796–803.
13. Takechi H., Yamada H., Sugihara Y., Kita T. Behavioral and psychological symptoms, cognitive impairment and caregiver burden related to Alzheimer's disease patients treated in an outpatient memory clinic [in Japanese] // Nippon Ronen Igakkai Zasshi. 2006. Vol. 43. P. 207–216.
14. Wimo A., Nordberg G. Validity and reliability of assessments of time. Comparisons of direct observations and estimates of time by the use of the resource utilization in dementia (RUD)-instrument // Arch Gerontol Geriatr. 2007. Vol. 44(1). P. 71–81.

The role of pathogenetic treatment of Alzheimer's disease in decrease of caregivers burden

I.V. Kolykhalov¹, G.A. Rassadina²

¹Department of Geriatric Psychiatry, Mental Health Research Center of Russian Academy of Medical Sciences

Kashirskoye shosse, 34, Moscow, 115522

²Psychiatric clinical hospital № 15

Mockvorchye st., 7, Moscow, 115552

The efficacy and safety of four-month courses of rivastigmine and changes in measures of caregivers burden were studied in a non-randomized group of 25 patients with Alzheimer's disease (AD). All patients received p. o. rivastigmine and 22 patients received antipsychotic therapy along with rivastigmine on admission. Result of the study showed that the use of rivastigmine in AD patients with behavioral and psychotic disorders at the stage of moderately severe dementia not only improved the patients cognitive functions, but also had positive effects in terms of decreasing psychotic and behavioral disorders. Inclusion of rivastigmine in the complex treatment of AD patients led to significant decreases in the doses of psychotropic drugs, and in some patients to complete withdrawal of all antipsychotics. It is extremely important to emphasize that the use of rivastigmine in patients with moderately severe AD and behavioral disorders led to significant (up to 30 %) decreases in the caregiver's time spent on the care and supervision of the patients, along with decreases in the level of stress and improvements in the health of caregivers, indicating increases in the quality of life of both patients and their families.

Key words: Alzheimer's disease, rivastigmine, caregiver, quality of life