

УДК 616.895.8–085

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ И РЕСУРСОСБЕРЕГАЮЩИЙ ЭФФЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕМАНТИНОМ ДЕМЕНЦИИ АЛЬЦГЕЙМЕРОВСКОГО ТИПА И СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ

Е. Б. Любов и группа исследователей¹

ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

В экономически развитых странах мира увеличение пожилого населения привлекло внимание к деменциям как социально-экономической проблеме [1, 3, 5]. До 10% лиц старше 60–65 лет страдают деменцией, не менее 50% из них в связи с болезнью Альцгеймера, 15–30% в связи с сосудистой деменцией [3, 7]. Биопсихосоциальная терапия направлена на замедление (прекращение) прогрессирования синдрома деменции, в утилитарном аспекте – на улучшение и сохранение способностей к самообслуживанию и нормализацию повседневной активности больных, что облегчает бремя медперсонала и опекающих больных близких [1, 7]. Отсюда тера-

певтические вмешательства важно оценивать с различных позиций [18]. Безопасность и действенность (улучшение когнитивных, двигательных и моторных функций) мемантина (М) показаны при длительном (более 6 месяцев) лечении болезни Альцгеймера, сосудистой и смешанных деменций [5] в более чем 40 странах мира, включая РФ [2, 5]. Однако недостаточно данных о клинической эффективности М, включая снижение бремени опекающих больных лиц, мало изучены фармакоэпидемиологические и ресурсосберегающие аспекты лечения М [3].

Цель исследования: оценка клинико-функциональной и экономической эффективности М при лечении умеренной и тяжелой деменции в повседневной психогериатрической практике с позиций пациента, медперсонала и его семьи, психиатрических служб и общества в целом.

Материалы и методы

Проведено проспективное 24-недельное многоцентровое (43 психиатрических центра РФ) открытое натуралистическое исследование с параллельным сравнением двух групп пациентов: I – получающих М и, в качестве контроля, II – получающих «обычное» лечение (ноотропы, сосудорасширяющие препараты). Допускалось применение в обеих группах, по решению врача и консультантов, соматотропных и психотропных препаратов. Схемы лечения изучены при фармакоэпидемиологическом анализе. В указанных выше психиатрических учреждениях М применяется не менее 2-х лет. Психосоциальные вмешательства (группы общения, музыкотерапия, тренировка памяти), повышающие эффективность фармакотерапии деменции [11], включены в рутинную практику отделений, в них задействованы пациенты обеих групп. Обучение близких больных деменцией рассматривается интегральной частью лечения [7].

¹Ангарск: ОПБ (Ю.В.Митина, О.В.Сюмкина); Волгоград: ОКПБ №4 (С.И.Бондарев), Екатеринбург: ПБ №6 (А.М.Кушанова); Ижевск: РКПБ (А.А.Жигалова); Иркутск: ОКПБ №1 (О.П.Ворсина, Т.В.Тарасенко); Казань: РПБ (В.А.Пелагеина); Кемерово: ОКПБ (В.А.Сорокина, О.В.Макарова); Краснодар: ПБ (Н.Г.Ковальчук, Н.И.Волкова); Москва: ПБ №3 (Э.В.Гаскина), ПБ №4 (Р.В.Емельянов, М.А.Морозова), ПБ №10 (Ю.А.Большаков, Н.В.Соловьева), ПБ №13 (О.В.Алеева), ПБ №15 (Г.А.Рассадина); Нижний Новгород: ПБ №1 (В.В.Шамин); Новочеркасск: ПБ (К.И.Бакуменко, И.Б.Бутримова, Т.Л.Быковская); Омск: КПБ (Т.В.Петрова); Оренбург: ОКПБ №1 (В.Г.Будза, А.А.Баянова); Пермь: Краевая ПБ №1 (Т.Ю.Огибалова, А.Я.Герштейн), МСЧ №3 (С.В.Селезнева); Санкт-Петербург: ПБ №1 (О.В.Лиманкин, Т.И.Арасланов), ПБ №3 (В.Г.Агишев, М.О.Ильина), ПБ №4 (Ю.В.Комина, О.В.Шевченко, Т.В.Куковица), ПБ №5 (К.Г.Семкин, А.И.Колчев); Ставрополь: Краевая ПБ (И.А.Былим, В.П.Горлова); Тамбов: ОПБ (А.К.Гажа, Е.В.Четырина); Тольятти: ПНД (И.Г.Селезнева, М.В.Киселева); Тюмень: ОКПБ (С.С.Черных, А.А.Моргушин, Е.А.Кузьмищева); Уфа: РПБ (З.В.Березина, А.В.Трубицина); Челябинск: ОКПНБ №1 (О.Г.Кружкова).

Таблица 1

Социо-демографическая и клиническая характеристика пациентов

Характеристики	Лечение М	Обычное лечение	p
Пол: мужчины (%)	36,0	39,8	0,64
Возраст (лет)	73,6±2,3	74,2±2,3	0,67
Пенсионного возраста (%)	96	92,8	0,31
Инвалиды (%)	84,8	77,6	0,29
из них в связи с психическим расстройством (%)	47,2	27,6	0,03
Имеют детей (%)	88,0	87,8	0,96
Живут в семье (%)	75,2	67,4	0,2
Диагноз и клинические особенности			
Деменция альцгеймеровского типа (%)	41,6	23,5	0,003
Сосудистая деменция (%)	58,4	76,5	0,003
Поведенческие, аффективные и психотические нарушения (%)	16,8	12,2	0,34
Длительность деменции (лет)	3,17±0,68	3,39±1,06	0,61
Количество соматических заболеваний*	1,32 ±0,26	1,38±0,27	0,65
Начальный показатель шкалы MMSE	12,5 ±1,6	12,1±1,5	0,24

Примечания: * – отмеченные врачами как требующие постоянного лекарственного лечения.

Критерии включения: в исследование включены пациенты с диагнозом умеренно выраженных и тяжелых деменций альцгеймеровского типа, сосудистой деменции (МКБ-10), большей частью (90%) больничных психогериатрических отделений, с показателями шкалы MMSE 3–14. Состояние больных сосудистой деменцией соответствовало 7 баллам и более шкалы Natchinski.

Критерии исключения: некомпенсированное сомато-неврологическое заболевание, сопутствующие шизофрения, олигофрения, эпилепсия, болезнь Паркинсона, зависимость от психоактивных веществ; основные противопоказания к применению М, аллергические реакции на М в анамнезе, опыт неэффективного применения М. Исследование первоначально включило 264 пациента. Прекращение лечения было возможно по решению врача, пациента или его близких. До 3-го месяца лечения умерли от соматических болезней 7 больных (3 – в группе М, 4 – в контрольной); 1 пациент прекратил лечение по решению врача на 15-й день лечения М в связи со спутанностью. В заключительный анализ вошли по 128 пациентов из сравниваемых групп и столько же их близких (табл. 1 и 2).

Статистически значимых отличий в основных характеристиках близких в группах не отмечено. Обращают внимание доля лиц работоспособного возраста и то, что основное бремя ухода за больными несут их дети (48,7±1,9 лет, то есть в возрасте профессиональных достижений) при наличии, однако, сочетания рабочей нагрузки с помощью больному на дому. Супруги больных 65,5±2,9 лет –

Таблица 2

Социо-демографическая характеристика неформальных помощников больных в двух группах

Пол: женщины (%)	75
Возраст (лет)	52,8±2,5
Лица работоспособного возраста (%)	61,6
Работают (%)	63
Живут с больным (%)	76
Степень родства с пациентом	
Жена или муж (%)	20
Сын или дочь (%)	66

обычно пенсионерки, отягощенные соматическими расстройствами. Хотя большинство пациентов навещалось на дому социальными работниками, их помощь была недостаточной.

Измерительные стандартизированные инструменты оценки когнитивных, психопатологических и поведенческих расстройств, бремени формальных и неформальных помощников больных приведены в табл. 3.

Врачи, средний медперсонал, пациенты и их близкие выступали как реитеры. В натуралистических исследованиях это не недостаток, так как стимулирует самооценку [22]. По выписке пациента лечение М и контроль продолжены тем же врачом.

Переносимость и безопасность лечения. Нежелательные действия и жалобы отмечены при каждом осмотре пациента. Дополнительные лабораторные исследования не были предусмотрены.

Таблица 3

Набор измерительных шкал в протоколе исследования

Измерительные инструменты*	Начало лечения	3 месяца лечения	6 месяцев лечения
Дифференциальный диагноз болезни Альцгеймера и сосудистой деменции			
Шкала Natchinski Ischemic Rating [Rosen 1980] – заполняется врачом	•		
Клиническая эффективность лечения			
Динамика общего состояния больного			
Clinician’s Interview-Based Impression of Change Plus Caregiver Input, CIBIC-Plus [24] – определяется врачом при опросе и данных помощника пациента		•	•
Когнитивные расстройства			
Mini Mental State Examination, MMSE [17]- заполняется врачом	•	•	•
Поведенческие расстройства			
Опросник Neuropsychiatric Inventory, NPI-Q [14] – заполняется медперсоналом или близким больного по выписке	•	•	•
Функциональные нарушения больного			
Instrumental Activities of Daily Living, IADL [19] – заполняется медперсоналом, пациентом и его близким	•	•	•
Ресурсосберегающий эффект лечения			
Потребление больничной и внебольничной психиатрической помощи – указывается врачом	•	•	•
Бремя формальных и неформальных помощников			
NPI-Q [14] – подшкала дистресса – заполняется средним медперсоналом и близкими больного по выписке	•	•	•
Опросник Resource Utilization in Dementia, RUD [27] близкого больного	По выписке пациента		
Опросник Zarit Burden Interview, ZBI [20] близкого больного			

Примечания: * – заполнение шкал на плановых (то есть в начале, через 3 и 6 месяцев лечения) или внеплановых визитах (при преждевременном прекращении лечения).

Статистический анализ

Использованы программы Microsoft Excel 2000, Statistica 6.0 for Windows. Для выборочного среднего и выборочной доли указаны границы 95% доверительного интервала (CI). При сравнении значений непрерывных величин использован критерий Стьюдента. 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 двух зависимых выборок применялся непараметрический критерий Вилкоксона, более двух – тест Фридмана.

Результаты исследования и их обсуждение

Отмечено улучшение общего состояния пациентов при лечении М по сравнению с группой обычного лечения ($p < 0,003$), но существенных сдвигов внутри групп не произошло. Изменения сходны у пациентов, отнесенных к разным нозографическим единицам (рис. 1).

Улучшение когнитивных возможностей пациентов в группе М незначимо, независимо от нозографической принадлежности пациентов; в контрольной группе незначительное ухудшение, но для пациентов с болезнью Альцгеймера оно незначимо (рис. 2). В целом, разница между группами в поль-

зу лечения М ($p < 0,001$), причем «антидементный» эффект препарата проявляется в первые 3 месяца.

Функциональный эффект. Пациенты в группе М изначально более тяжелые. Между подгруппами больных сосудистой деменцией и деменцией альцгеймеровского типа у получающих и не получаю-

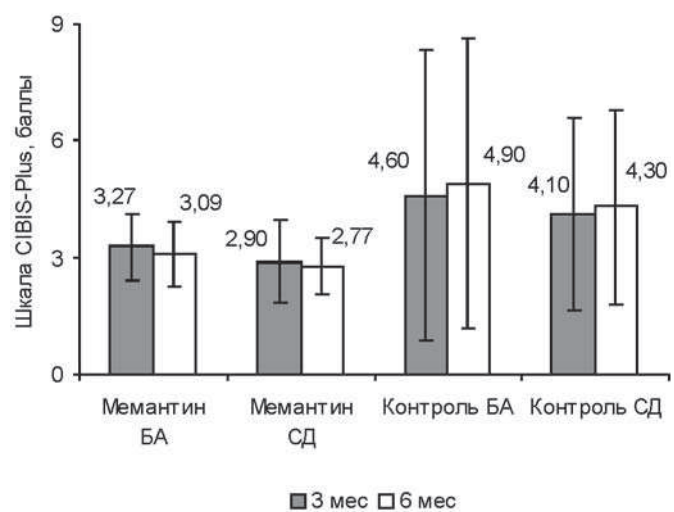


Рис. 1. Улучшение общего состояния пациентов (шкала CIBIC-Plus)
Примечания: БА – болезнь Альцгеймера, СД – сосудистая деменция

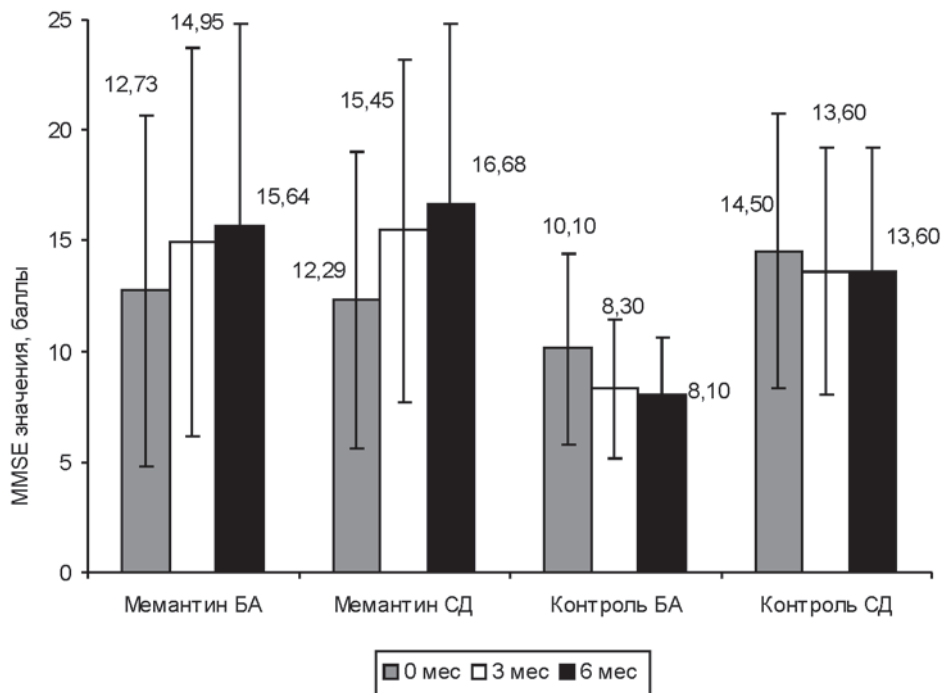


Рис. 2. Улучшение когнитивных возможностей пациентов (шкала MMSE)

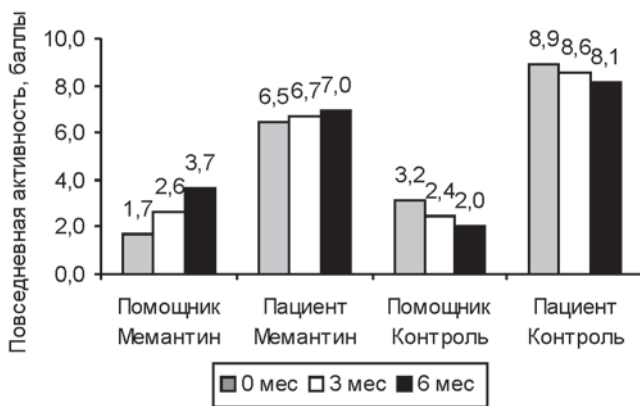


Рис. 3. Оценка повседневной деятельности пациента

щих М динамика сходна. Функциональное улучшение по оценке помощника отмечено в группе М, тогда как при обычном лечении произошло ухудшение ($p < 0,05$). Динамика оценки пациентов в группах незначима ($p > 0,26$), однако во всех точках самооценка более «оптимистична».

Симптоматический эффект. Психиатрические и поведенческие симптомы у 60–98% больных на поздних стадиях деменций [16] снижают качество их жизни и их опекунов [9], утяжеляют бремя болезни [12, 13], удлиняют госпитализации [26] и повышают риск помещения в интернаты [9, 28]. При терапии М смягчены к третьему месяцу психотические и поведенческие расстройства (рис. 4–6), что согласуется с литературными данными [4], тогда как в контрольной группе (рис. 5, 6) эти расстройства нарастали ($p < 0,05$). Динамика маниакальных симптомов в группах сходна.

Эпизоды агрессии снижены в группе М с 1,23 до 0,51 в пересчете на пациента за 6 месяцев и, напро-

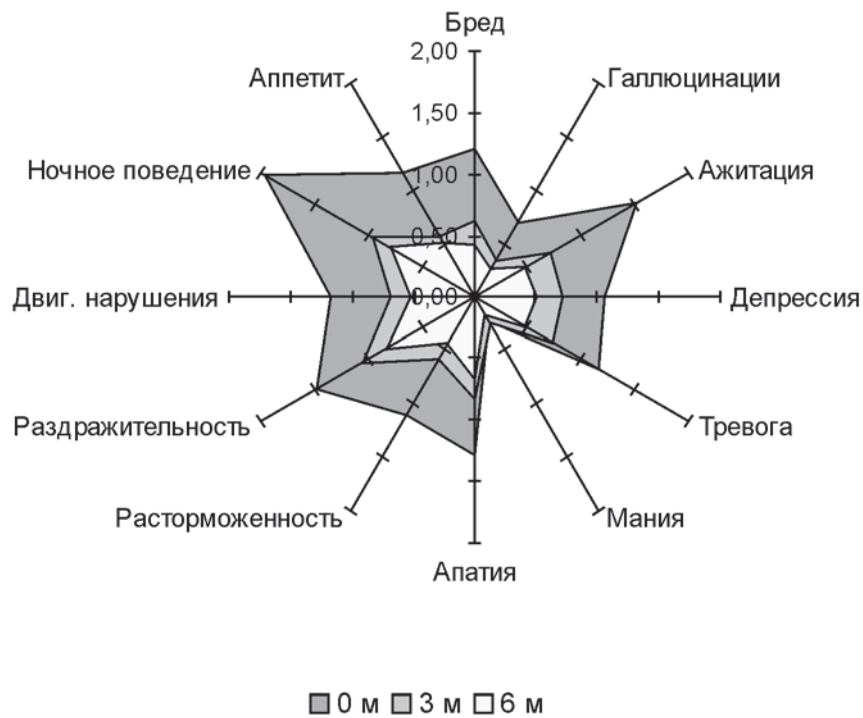
тив, участились при обычном лечении: увеличение с 2,53 до 2,70 ($p < 0,43$). Частота самоповреждений неизменна в группах: 0,04 и 0,13 на пациента соответственно.

Фармакоэпидемиологический анализ. Простота подбора доз – достоинство любого лекарства. Средние дозы М вначале и по завершении исследования сходны: 20 и 19,72 мг в день соответственно, согласно клиническим рекомендациям [1, 7]. Полифармация, повышающая риск межлекарственных взаимодействий и нежелательных действий, в психогеронтологии – скорее правило. Обращают внимание (рис. 7) распространенный прием соматотропных препаратов, малое назначение антидепрессантов по сравнению с частотой депрессивных расстройств в популяции дементных [6, 7]. Нераспознанные и нелеченные депрессивные расстройства усугубляют когнитивное снижение и затрудняют реабилитационные мероприятия.

Большинство пациентов лечено атипичными антипсихотиками. Потребность в типичных нейролептиках в группе М снижена с 15 до 11,3%, но неизменна (12,5%) в группе обычного лечения. Хлорпромазиновый эквивалент снижен ($p > 0,23$) в группах в течение исследования (рис. 8).

Эффект ресурсосбережения. М затратно эффективен по сравнению с «типичным» лечением в разных странах за счет отсрочки госпитализации, снижения бремени семьи [5]. Доля госпитализированных пациентов снижена в группах М и обычного лечения в ходе исследования с 51,2 до 36,0% и с 47,96 до 47,96%, соответственно. Среднее число госпитализаций в расчете на больничного пациента в группе М снижено с 0,755 до 0,434; при обычном лечении с 0,625 до 0,550; в пересчете на амбулатор-

Шкалы NPI-Q, тяжесть Мемантин



Шкалы NPI-Q, тяжесть Контроль



Рис. 4–5. Облегчение психического состояния пациента (опросник NPI-Q)

ного изначально пациента, напротив, повышено с 0,094 до 0,638 и с 0,175 до 0,275, соответственно. Среднее число дней госпитализаций на пациента в группах сходно. В пересчете на больничных изначально больных длительность госпитализации сни-

жена с 52,7 до 34,5 и с 52,7 до 47,4 дней, соответственно. Количество амбулаторных визитов снижено в группах М и обычного лечения с 3,57 до 2,23 и с 3,17 до 2,67, соответственно. Нет различий в потреблении психиатрических ресурсов между

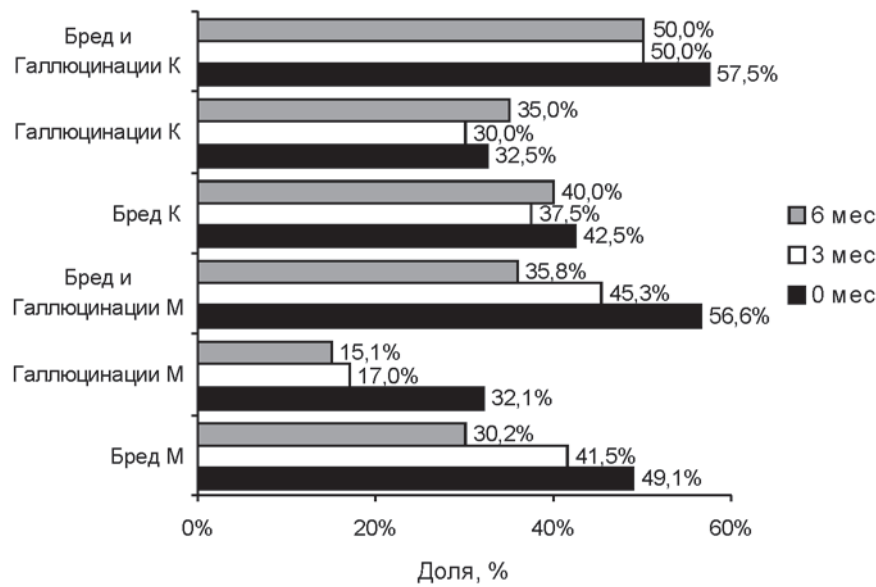


Рис. 6. Динамика психотической симптоматики при лечении М и в контрольной (К) группе (опросник NPI-Q)

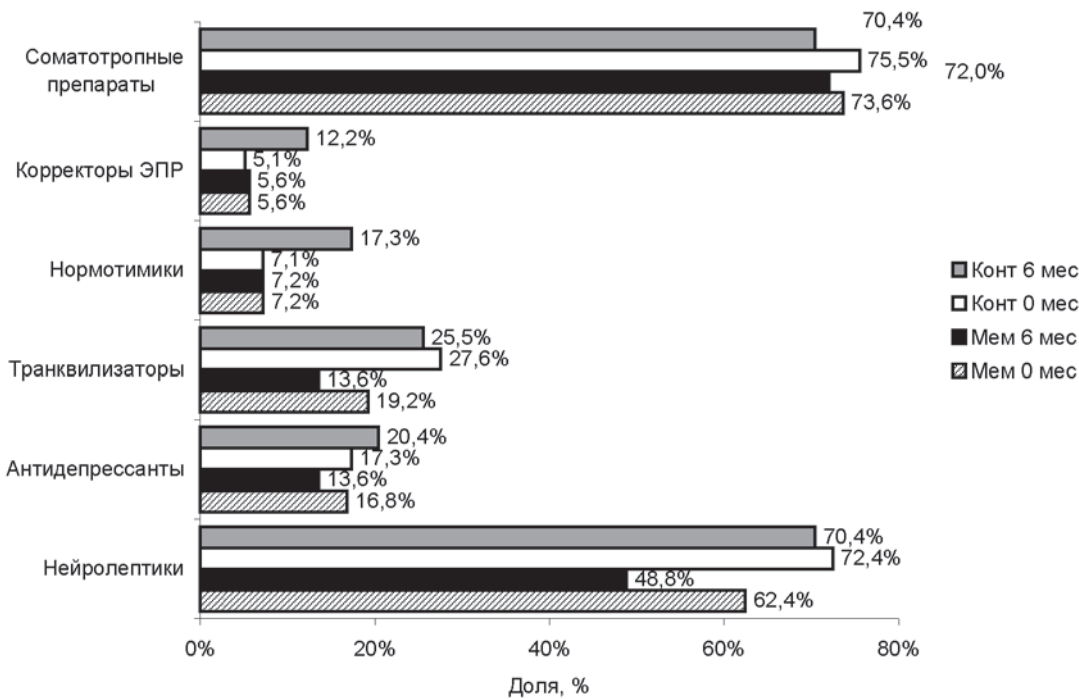


Рис. 7. Сопутствующая фармакотерапия
Примечания: Мем – мепантин, Конт – контроль.

группами и внутригрупповых различий до и после исследования ($p > 0,07$). Итак, лечение М не привело к существенному изменению паттернов потребления психиатрической помощи по сравнению с обычным лечением, возможно, в связи с кратковременностью курса.

С учетом усредненных затрат на дневную дозу М 130 рублей (<http://www.medlux.ru>, 2009 г.) и средней стоимости койко-дня в психиатрической больнице в стране 1 500 рублей (Постановление Правительства РФ от 05.12.2008 N 913 «О программе государственных гарантий оказания гражданам

Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год»), компенсация 6-месячной монотерапии М достигается снижением потребности госпитализации (укорочение эпизода больничного лечения) за тот же период на 16 дней или отсрочкой пребывания в психоневрологическом интернате в течение 20 дней.

Время неформального помощника пациента. Помощники, как правило, были заняты неполный день ($24,7 \pm 4,6$ часов в неделю), но лишь 5% оставили работу в связи с необходимостью ухода за больным. Большинство (80%) помощников заинтересо-

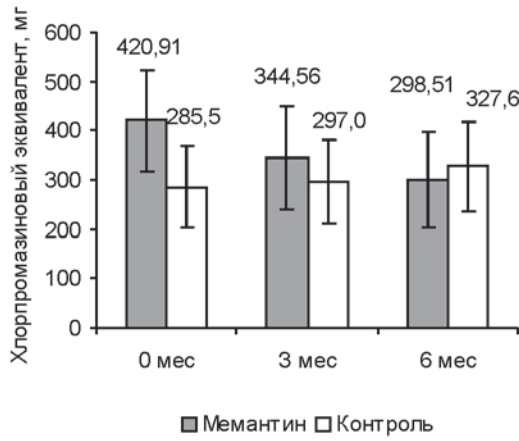


Рис. 8. Динамика дозировок антипсихотиков (хлорпромазиновый эквивалент)

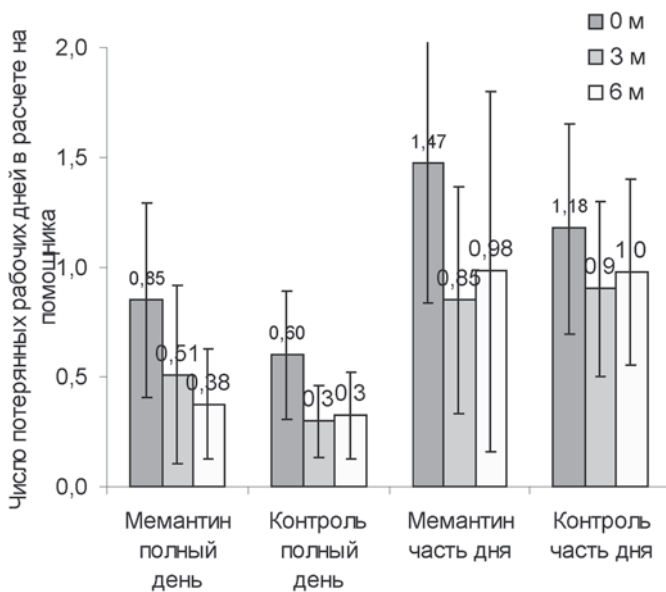


Рис. 9. Потери рабочего времени неформального помощника

вано в работе и полноценном заработке. Снижение временных потерь помощника больных, получающих М, статистически значимо (рис. 9).

Стабилизация состояния пациента при лечении М в течение 6 месяцев высвобождает 0,5 рабочего дня помощника больного за тот же период времени. Исходя из среднемесячной начисленной зарплаты в стране в 13 500 рублей в 2008 году (Российский статистический ежегодник, 2008; <http://www.gks.ru>), помощник в этом случае зарабатывает 225 рублей, а не получает их по больничному листу по уходу. При учете валового регионального продукта на душу населения в РФ (198 816,5 руб. 2007 г.), затраты на 6-месячное лечение М соответствуют заработку его неформального опекуна в течение 8,5 дней (Российский статистический ежегодник, 2008; <http://www.gks.ru>), что вписывается в принцип социальной справедливости лечения, когда работоспособный обеспечивает достойную жизнь нетрудоспособному.



Рис. 10–11. Дистресс помощников пациента в связи с его психическим состоянием (опросник NPI-Q)

Отмечено большее облегчение дистресса медперсонала и близких в связи с психопатологическими симптомами и нарушениями поведения пациентов на фоне М (рис. 10, 11). Тем не менее, в ходе исследования каждый десятый неформальный помощник обращался за психологической помощью в связи с нарушениями сна, раздражительностью, стертыми соматическими симптомами (головные боли, сердцебиение, слабость). Выявлению дистресса способствуют психообразовательные занятия в отделениях.

В целом облегчение бремени болезни для помощников пациентов статистически значимо и сходно в обеих группах (рис. 11).

Выводы

Страдания пациентов и их близких, распыление медицинских и социальных ресурсов следует минимизировать с помощью доказательно эффективного и экономичного комплекса целевых герон-

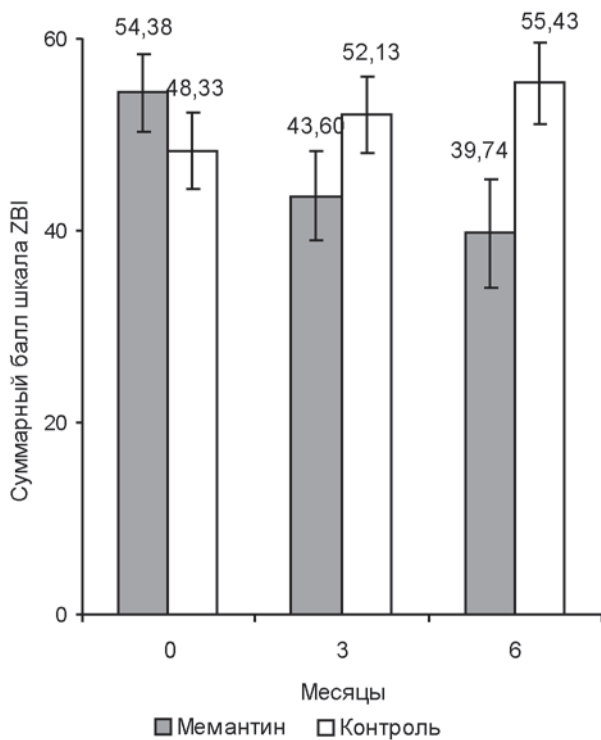


Рис. 11. Бремя ухода помощника пациента (опросник ZBI)

топсихиатрических услуг. Терапевтический нигилизм в отношении дементных больных не гуманен и расточителен [1, 3, 7].

Мемантин безопасен и клинически эффективен при 6-месячном лечении деменции альцгеймеровского типа и сосудистой деменции средней и выраженной степеней в повседневной практике в ряде аспектов: 1) улучшении когнитивного функционирования; 2) повышении навыков самообслуживания пациентов; 3) упорядочивающем поведенческом и антипсихотическом эффекте, позволяющем

снизить потребность в нейролептиках. Ресурсосберегающий эффект мемантина по сравнению с обычным лечением проявляется в облегчении бремени ухода за больным медперсоналом как профилактики «выгорания» и снижении субъективного бремени семьи по выписке пациента (снижение дистресса). В работе не учтены изменения качества жизни пациентов и опекающих их лиц, но можно ожидать улучшение этого интегрального показателя любого терапевтического вмешательства при психической стабилизации пациента и улучшении его функционирования.

Быстрое распространение мемантина может привести к его неадекватному выбору и применению. Доказательные данные об оптимальной длительности базисного лечения М отсутствуют. «Антидементный» эффект мемантина должен быть упрочен, в связи с чем, целесообразно продолжение лечения в сочетании с психосоциальной работой с пациентами и их близкими. Систематическая длительная терапия, возможно, подчеркнет ресурсосберегающий эффект мемантина в психиатрических и социальных службах (снижение потребности в госпитализации, помещения в интернат без значительного увеличения нагрузки на семью больного). Мало изучены факторы прогноза лечения мемантином, важно уточнить «субпопуляции-мишени» пациентов, которым препарат наиболее показан клинически и экономически [5]. Нужны дополнительные исследования пациентов с психопатологическими симптомами с учетом относительной безопасности и хорошей переносимости препарата, памятуя о риске мозгового инсульта при применении атипичных антипсихотиков [8, 18] и экстрапирамидных расстройств и поздней дискинезии – при лечении типичными нейролептиками.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилова С.И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера. М.: Пульс, 2007. 359 с.
2. Гаврилова С.И., Герасимов Н.П., Калын Я.Б. и соавт. Долговременные эффекты глутаматергической терапии болезни Альцгеймера на стадии умеренно-тяжелой и тяжелой деменции: результаты 26-недельного открытого клинического исследования эффективности и безопасности препарата «Акатинол мемантин» // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16, № 1. С. 32–37.
3. Калын Я.Б., Гаврилова С.И. Эпидемиологические и фармакоэкономические аспекты болезни Альцгеймера // Психиатрия. 2008. № 4–6. С. 7–12.
4. Кольхалов И.В. Поведенческие и антипсихотические эффекты мемантина у пациентов с деменцией // Психиатрия. 2008. № 4–6. С. 65–69.
5. Любов Е.Б. Мемантин при болезни Альцгеймера: клиническая и экономическая позиции // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 3. С. 96–102.
6. Пономарева Е.В. Депрессивные расстройства при болезни Альцгеймера // Психиатрия. 2008. № 4–6. С. 85–90.
7. American Psychiatric Association: Practical Guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. Second Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2005. 93 p.
8. 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.
9. Bejer M.T. Treatment strategies for the behavioral symptoms of Alzheimer's disease: focus on early pharmacologic intervention // Pharmacotherapy. 2007. Vol. 27. P. 399–411.
10. Brodaty H., Green A. Defining the role of the caregiver in Alzheimer's disease treatment // Drugs Aging. 2002. Vol. 19. P. 891–898.
11. Burns A., O'Brien J. Clinical practice with anti-dementia drugs: a consensus statement from British Association for Psychopharmacology // J. Psychopharmacol. 2006. Vol. 20. P. 732–755.
12. Clyburn L.D., Stones M.J., Hadjstavropoulos T., Tuokko H. Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease // J. Gerontol. Psychol. Sci. Soc. Sci. 2000. Vol. 55. P. S2–S13.
13. 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.
14. Cummings J.L., Mega M., Gray K. et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia // Neurology. 1994. Vol. 44. P. 2308–2314.
15. Doody R.S., Stevens J.C., Beck C. et al. Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology // Neurology. 2001. Vol. 56. P. 1154–1166.
16. 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.
17. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // J. Psychiatr. Res. 1975. Vol. 12. P. 189–198.
18. Kaycee M., Sink M.D., Karen F. et al. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: A review of the evidence // JAMA. 2005. Vol. 293. P. 596–608.

19. Lawton M.P., Brody E.M. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living // *Gerontologist*. 1969. Vol. 9. P. 179–186.
20. Parks S.M., Noviellik D. A Practical Guide to Caring for Caregivers // *Am. Fam. Physician*. 2000. Vol. 62. P. 2613–2620.
21. Reisberg B., Ferris S.H., de Leon M.J., Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia // *Am. J. Psychiatry*. 1982. Vol. 139. P. 1136–1139.
22. Roland M., Torgerson D.J. Understanding controlled trials: what are pragmatic trials? // *BMJ*. 1998. Vol. 317. P. 1075.
23. Rosen W.G., Terry R.D., Fuld P.A. et al. Pathological verification of ischemic score in differentiation of dementias // *Ann. Neurol*. 1980. Vol. 7. P. 486–488.
24. Schneider L.S., Olin J.T., Doody R.S. et al. Validity and reliability of the Alzheimer's disease cooperative study – clinical global impression of change // *Alz. Dis. Assoc. Disord*. 1997. Vol. 11, Suppl. 2. P. S22–S32.
25. Sclan S.G., Reisberg B. Functional assessment staging (FAST) in Alzheimer's disease: reliability, validity, and ordinality // *Int. Psychogeriatr*. 1992. Vol. 4, Suppl. 1. P. 55–69.
26. Wancata J., Windhaber J., Krautgartner M., Alexandrowicz R. The consequences of non-cognitive symptoms of dementia in medical hospital departments // *Int. J. Psychiatry Med*. 2003. Vol. 33. P. 257–271.
27. Wimo A., Wetterholm A.L., Mastey V., Winblad B. Evaluation of the healthcare resource utilization and caregiver time in anti-dementia drug trials // *Health economics of dementia* / A.Wimo, B.Joensson, G.Karlsson, B.Winblad (Eds.). Chichester, England: John Wiley, 1998. P. 465–499.
28. Yaffe K., Fox P., Newcomer R. et al. Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia // *JAMA*. 2002. Vol. 287. P. 2090–2097.

КЛИНИЧЕСКИЕ, ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ АКАТИНОЛОМ (МЕМАНТИНОМ) СТАРЧЕСКИХ ДЕМЕНЦИЙ

Е. Б. Любов и группа исследователей

В ходе натуралистического контролируемого 6-месячного проспективного исследования показано преимущество мемантина при лечении болезни Альцгеймера и сосудистой деменции над обычным лечением (вазоактивные препараты, ноотропы) в аспектах коррекции поведения, контроля психопатологической симптоматики, облегче-

ния когнитивных расстройств, улучшения функционирования пациентов и снижения бремени болезни с позиции их формальных и неформальных опекунов.

Ключевые слова: болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция, мемантин.

CLINICAL, PHARMACOEPIDEMIOLOGICAL AND PHARMACOECONOMIC ASPECTS OF USE OF AKATINOL (MEMANTINE) IN DEMENTIA

E. B. Lyubov et al.

In the course of a naturalistic controlled 6-month-long prospective investigation, Memantine showed its superiority in the treatment of Alzheimer disease and vascular dementia, as compared to regular medication (vasoactive and nootropic drugs), in terms of behavior correction,

control of psychopathological symptoms, relief of cognitive disorders, improvement of patients' functioning and relief of the burden of disease for formal and non-formal guardians.

Key words: Alzheimer disease, vascular dementia, memantine.

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