

НОВАЯ ФОРМА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ БОЛЬНЫМ С ДЕМЕНЦИЕЙ (ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ФАРМАКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

**С. И. Гаврилова, Я. Б. Калын, Н. П. Герасимов, О. Н. Соколова,
И. В. Колыхалов, Е. В. Пономарева, Н. Д. Селезнева, Я. Б. Федорова**

*ГУ Научный центр психического здоровья РАМН, отдел по изучению
болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств НЦПЗ
РАМН, клиническая психиатрическая больница №15, город Москва*

Неуклонный рост численности больных пожилого возраста, страдающих деменцией, является одной из главных социально-медицинских проблем современного общества. Прогнозируется дальнейшее нарастание нагрузки на национальное здравоохранение, социальные службы и экономику в целом в связи с деменцией по мере продолжающегося демографического старения. Как известно, заболеваемость деменцией, и особенно болезнью Альцгеймера (БА), неуклонно повышается с возрастом, следовательно, ожидаемое число случаев этого заболевания будет продолжать расти по мере увеличения абсолютной численности старших возрастных групп (70 и более лет) в общем составе населения (2–5, 8).

Клинико-эпидемиологическое исследование репрезентативных групп московского населения, проведенное в 1992–1995 гг. в отделе по изучению болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств НЦПЗ РАМН, показало, что наиболее тяжелые формы психической патологии – состояния деменции различного генеза – выявляются у 10,4% обследованного населения в возрасте 60 лет и старше (3). Среди различных причин деменции в пожилом возрасте преобладает БА с поздним началом (сенильная деменция альцгеймеровского типа). На ее долю приходится почти половина случаев деменции у пожилых и стариков: сенильный тип БА диагностирован у 4,5% обследованной популяции. В том числе «мягкая» (начальная) сенильная деменция альцгеймеровского типа установлена у 2,7%, а клинически выраженная – у 1,8% обследованного пожилого населения. Экстраполяция полученных данных на половозрастную структуру населения России в целом свидетельствует о том, что уже в настоящее время в стране общая численность больных, страдающих БА, приближается к 1,9 млн. человек (6).

Согласно данным того же исследования, те или иные виды специализированной психиатрической помощи необходимы 42,5% пожилого населения, тогда как реально такую помощь получает не более пятой части нуждающихся в ней пожилых людей. Результаты упомянутого выше исследования также показали, что даже в Москве 90,7% случаев деменции остаются недиагностированными. Явно недостаточное обеспечение специализированной психиатрической помощью пожилого населения и особенно лиц, страдающих деменцией, настоятельно требует усовершенствования имеющихся, а также разработки и внедрения новых организационных форм специализированной помощи.

Осознание 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 психически больных хроников. В связи с этим в экономически развитых странах особое внимание уделяется организации медицинского и социального обслуживания больных с деменцией в условиях разнообразных форм амбулаторной помощи (клиники памяти (memory clinic), альцгеймеровские центры, внебольничные университетские клиники и т.п.). Помимо этого предприняты специальные исследования по анализу фармакоэкономических аспектов болезни Альцгеймера (12).

Методом математического моделирования показано, что затраты на содержание больных с деменцией (без учета стоимости лекарственной терапии) предположительно составляют в Российской Федерации 74,8 млрд. рублей в год (6). Однако все проводившиеся в течение последних лет мероприятия по улучшению психиатрической помощи этому кон-

тингенту больных были направлены, главным образом, на расширение стационарных форм помощи: создание отделений с дополнительным сестринским уходом в психиатрических больницах, увеличение числа мест в психоневрологических интернатах. Вместе с тем, указанные организационные меры 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 помощи. Это диктуется как экономической целесообразностью, так и современной гуманистической установкой на предотвращение социальной дезадаптации и явлений госпитализма, легко возникающих при помещении пожилых больных в стационар.

Оценив сложившуюся критическую ситуацию с оказанием специализированной амбулаторной помощи пожилым больным с деменцией, на основе научно-практического сотрудничества между ГКПБ № 15 города Москвы и отделом по изучению болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств НЦПЗ РАМН в 1993 году было развернуто амбулаторно-консультативное подразделение для пожилых больных с деменцией и расстройствами памяти, в котором прием ведут научные сотрудники отдела и куда могут обращаться за консультативной и амбулаторной помощью жители Москвы и Московской области как самостоятельно, так и по направлениям медицинских учреждений (консультативная помощь оказывается бесплатно). Это амбулаторно-консультативное подразделение взаимодействует с отделениями ГКПБ № 15 для решения наиболее трудных в дифференциально-диагностическом отношении случаев патологии позднего возраста и разработки адекватной лечебной тактики; при необходимости направляет пациентов с инициальными мнестическими расстройствами и относительно сохранными навыками повседневного функционирования в санаторное отделение для пожилых больных ГКПБ № 15; производит диагностическую оценку и разработку амбулаторной терапевтической тактики, соблюдая преемственность в работе с врачами районных ПНД. Помимо этого, амбулаторно оказывается лечебно-диагностическая и психологическая помощь лицам, ухаживающим за больными с деменцией.

Наиболее часто в указанное амбулаторно-консультативное отделение пациенты обращались по собственной инициативе или по настоянию родственников (72,6%), реже – по направлению психоневрологических диспансеров (12,9%), городских поликлиник (9,9%) или других научно-консультативных учреждений (4,6%). По желанию пациентов и лиц, осуществляющих уход за больными, значительная часть первично обратившихся за помощью пациентов оставалась под постоянным амбулаторным наблюдением сотрудников научно-методичес-

кого центра по изучению болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств НЦПЗ РАМН. По данным на сентябрь 2007 года в когорту амбулаторного наблюдения включены 394 пациента и еще в среднем 100 больных в течение года получают однократную консультативную помощь. Среднее число обращений в год составило 1950. Возраст пациентов в когорте постоянного амбулаторного наблюдения варьировал от 36 до 96 лет (средний возраст равен $72,1 \pm 8,8$ года), соотношение мужчин и женщин в ней составило 1:2,1. Более 80% амбулаторных пациентов на момент исследования проживали с супругами или в семьях детей, а остальные проживали одни. 60,4% больных состояли в браке, остальные – вдовы и одинокие.

В когорте постоянного амбулаторного наблюдения пациенты с БА составляют 49%, с деменцией альцгеймеровско-сосудистого генеза – 29,2%, с височно-лобной деменцией – 2% и с деменцией сложного генеза – 1,5%. У 0,8% больных этиология деменции не была установлена. В целом, на долю больных с деменцией приходится 82,5% от общего числа пациентов, находящихся под амбулаторным наблюдением в научно-методическом центре по изучению болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств НЦПЗ РАМН. У 14,4% лиц, находящихся под амбулаторным наблюдением диагностирован синдром мягкого когнитивного снижения, у 2,3% и у 0,8% соответственно депрессивное расстройство и поздняя шизофрения.

В центре по изучению болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств НЦПЗ РАМН была предпринята попытка объективно оценить не только клиническую эффективность амбулаторной терапии у пациентов с БА, но и ее фармакоэкономическую целесообразность. Задачами фармакоэкономического направления исследований является изучение оправданности финансовых затрат на современную патогенетическую терапию БА в амбулаторных условиях, а также определение оптимальной тактики лечения больных. С этой целью сравнивалось соотношение экономических затрат на курсовую патогенетическую терапию и ее клиническую эффективность с аналогичным соотношением стоимости и эффективности альтернативного лечения.

Предпринятое исследование экономической эффективности патогенетической терапии БА, проводимой в амбулаторных условиях, основывалось на предположении о том, что пациенты с БА, не получающие патогенетической терапии, стационарируются в психиатрические учреждения на более ранних этапах заболевания по сравнению с теми больными, которые получают амбулаторно современную патогенетическую терапию. Это позволяет экономить бюджетные средства за счет того, что психотические и/или поведенческие расстройства, неизбежно развивающиеся при прогрессировании деменции и являющиеся причиной госпитализации в психиатрические учреждения, наступают значительно позднее.

Для решения поставленной задачи была сформирована группа из 100 больных БА, в течение 2-х и более лет наблюдающихся в амбулаторно-консультативном подразделении. За время наблюдения 41% этих больных в разной последовательности прошли курсы патогенетической холинергической (экселон, реминил, нейромидин), глутаматергической (акатинол мемантин), а также нейротрофической (церебролизин) или нейропротективной (сермион, 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±9,8 месяца, холинергической – 14,6±9 месяца и нейротрофической или нейропротективной терапии – 26,6±12,3 месяца. Из-за присоединения к синдрому деменции психических и поведенческих расстройств 36% больных в течение 19±8,3 месяцев получали нейролептики и 12% – антидепрессанты в течение 17,7±9,1 месяцев.

В контрольную группу были включены пациенты с БА, поступавшие на стационарное лечение в геронтопсихиатрические отделения ГКПБ № 15 города Москвы в 2004–2005 гг. 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 группе (табл.). 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 проживало с супругом или в семье детей (74 и 79% соответственно).

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 обусловлено высокой толерантностью населения к мнестико-интеллектуальным нарушениям у лиц более старших возрастов и соответственно недостаточным обращением как самих больных, так и их родственников за медицинской помощью. В то же время аналогичные нарушения у лиц более раннего

(пресенильного) возраста окружающие воспринимают как проявления болезни, требующие квалифицированной медицинской помощи, в связи с чем такие больные относительно чаще оказываются пациентами специализированных подразделений.

Был также проанализирован 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±7,1 и 69,1±7 года, по сравнению с контрольной, где аналогичные показатели составили 71,4±5,6 и 73,6±5,5 года. Длительность заболевания и длительность синдрома деменции до 1-го визита в амбулаторно-консультативное подразделение составили: 4,8±1,7 года и 2,1±1,1 года и соответственно 8,7±3 и 6,1±2,3 года к моменту настоящего исследования. Аналогичные показатели для контрольной группы – 3,7±1,6 и 1,5±0,9 года на момент 1-ой госпитализации (различия с основной группой статистически незначимые, $p>0,05$) и соответственно 4±1,7 и 1,8±1,1 года – к моменту исследования (различия статистически значимые, $p<0,05$). Таким образом, больные основной группы не были госпитализированы в психиатрический стационар в связи с БА на период, по крайней мере, на 4,3 года больший (от формирования синдрома деменции), чем больные контрольной группы.

Пациенты контрольной группы в течение среднего группового периода длительности синдрома деменции в 1,8 года в среднем госпитализировались в ПБ 2,3±1,8 раза и провели в стационаре в среднем 6,3±5,6 месяца, то есть 29% от общей продолжительности у них синдрома деменции. Экстраполируя эти показатели на основную группу, можно предположить, что включенные в нее больные потенциально могли бы находиться в стационаре не менее 21,2 месяца (то есть 29% от средне-групповой длительности синдрома деменции). При стоимости

Клинико-демографическая характеристика основной и контрольной групп

Демографический показатель	Основная группа	Контрольная группа
Число больных	100	100
Возраст	75,2±6,4	75,4±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±7,1	71,4±5,6
Возраст начала деменции	69,1±7	73,6±5,5
Возраст 1-го стационарирования в ПБ в связи с БА	–	75,1±5,6

одного пролеченного больного по статьям расходов по ГКПБ № 15 города Москвы 621 рубль 71 коп./день (по состоянию на 2007 год) общая сумма расходов на стационарное лечение одного больного с БА в течение 21,2 мес. могла бы составить 395 408 рублей. Однако больные основной группы за этот период получали ту или иную патогенетическую терапию в течение 35,5 из 48 месяцев наблюдения в Центре по изучению болезни Альцгеймера. При стоимости разных видов патогенетической терапии БА от 3 000 до 3 500 рублей в месяц сумма расходов за этот период на лечение 1-го больного варьировала в диапазоне от 106 500 до 124 250 рублей. Следовательно, амбулаторное лечение, предотвращающее раннюю госпитализацию, позволяет сэкономить для бюджета здравоохранения от 271 158 до 288 908 рублей в расчете на одного больного с БА.

К моменту проведения настоящего исследования 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 наблюдения – $31,8 \pm 18,9$ месяца. Как следует из приведенных выше данных нелеченные больные с БА не менее 29% времени от общей продолжительности у них синдрома деменции проводят в психиатрических стационарах. Экстраполируя полученные расчеты на всю группу амбулаторных больных можно предположить, что они потенциально могли бы провести в специализированных психиатрических учреждениях в общей сложности 53 395,4 койко-дня. Реально же больные с БА, находящиеся под постоянным длительным амбулаторным наблюдением, стационарировались за все время наблюдения в среднем 0,3 раза с общей продолжительностью периода госпитализации 4 342,5 койко-дня. Этот показатель на 49 052,9 койко-дней меньше расчетного среднegrуппового аналогичного показателя для контрольной группы нелеченных больных. Таким образом, сокращение сроков госпитализации больных с БА, находящихся под постоянным длительным амбулаторным наблюдением, позволило сэкономить здравоохранению 30 496 678,5 рублей. Расходы на заработную плату медицинского персонала этого подразделения не превысили за этот период 3 950 000 рублей. Проведенные расчеты показывают, что стоимость патогенетической терапии за время амбулаторного наблюдения составляла от 13 до 15 млн. рублей, причем затраты на лечение практически полностью ложились на семью. Даже за вычетом расходов на заработную плату сотрудников и стоимость патогенетической терапии за время амбулаторного наблюдения из суммы затрат на возможное стационарирование, амбулаторное лечение больных с БА в условиях амбулаторно-консультативного подразделения позволит сэкономить для учреждений здравоохранения от 11 до 13 млн. рублей.

В ряде зарубежных публикаций приводятся доказательства дополнительной терапевтической выгоды проведения 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 потребуется госпитализация пациента в специализированное учреждение увеличивается на 11–12% на фоне 5-летней терапии акатинолом мемантином (7, 11). Имеются сообщения об увеличении на один месяц длительности периода до помещения пациента в дом-интернат за 5 лет по сравнению с группой плацебо (9). R.W.Jones и соавт. (10) 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 амбулаторно-консультативном подразделении отдела по изучению болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств НЦПЗ РАМН, возможно обусловлена тем, что в настоящем исследовании больные из контрольной группы до момента стационарирования в ГКПБ № 15 города Москвы были лишены вообще какой-либо специализированной психиатрической помощи. Об этом говорит тот факт, что около трети больных из контрольной группы были госпитализированы по причине амнестической спутанности либо в связи с психотическими расстройствами на стадии мягкой или умеренной деменции.

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 умеренно-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 (1). Несомненно, что уменьшение выраженности поведенческих расстройств и психотических симптомов деменции 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 многолетней комплексной патогенетической терапии больных с БА, который доказывает, что экономические затраты от преждевременной институционализации больных БА превышают стоимость соответствующей патогенети-

ческой терапии в 3 и более раз. Отсюда очевидна экономическая целесообразность лечения больных БА в амбулаторных условиях, даже при условии лекарственного обеспечения больных за счет средств госбюджета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилова С.И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера. – М.: Пульс, 2003. – 320 с.
2. 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.
3. 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. / Под ред. В.С.Ястребова, В.Г.Ротштейна. – М., 1997. – С. 181–189.
4. 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.
5. Тиганов А.С., Гаврилова С.И., Концевой В.А. и соавт. Организация психиатрической помощи лицам пожилого и старческого возраста. Пособие для врачей. – М., 2001. – 30 с.
6. Чикина Е.С., Медников О.И., Белоусов Ю.Б. Фармакоэкономические аспекты лечения деменции в РФ // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13, № 20. – С. 1354–1360.
7. 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. – Vol. 6, N 6. – P. 765.
8. 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, N 5. – P. 621–629.
9. 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. – Vol. 24, N 7. – P. 373–384.
10. Jones R.W., McCrone P., Guilhaume C. Cost effectiveness of memantine in Alzheimer's disease // Drugs Aging. – 2004. – Vol. 21, N 9. – P. 607–620.
11. Launois R., Guilhaume C., Francois C. et al. Cost effectiveness of memantine in the treatment of moderately severe and severe Alzheimer's disease in Norway // 6-th International Conference on Alzheimer's and Parkinson's Diseases. – Seville, Spain, May 8–12, 2003.
12. 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. – Vol. 21, N 5. – P. 327–340.

A NEW FORM OF SPECIALIZED CARE FOR ELDERLY PEOPLE WITH DEMENTIA (ORGANIZATIONAL AND PHARMACOECONOMIC ISSUES)

**S. I. Gavrilova, Ya. B. Kalyn, N. P. Gherasimov, O. N. Sokolova, I. V. Kolykhalov, Ponomaryova E. V.,
N. D. Seleznyova, Ya. B. Fedorova**

This paper presents the results of functioning of an outpatient consultative unit for patients with dementia and memory disorders. The unit has been set up as part of cooperation plan between the Moscow Hospital No.15 and the department of Alzheimer and related disorders of the Research Center of Mental Health. The authors try to estimate both the clinical effect of outpatient treatment in Alzheimer patients and its pharmacoeconomic rationale. They compare the costs of pathogenetic medication and its clinical effect with similar costs and outcome parameters on alternative treatments. Results of investigation show that timely and

long-term pathogenetic pharmacotherapy (glutamatergic, cholinergic, neurotrophic and neuroprotective) delays the institutionalization of Alzheimer patients, in comparison with those who do not receive necessary treatment. These findings are supported by results of long-term complex pathogenetic treatment of Alzheimer patients, which proves that costs of pre-term institutionalization of these patients exceed the costs of treatment three times or more. Therefore, outpatient treatment of Alzheimer patients is economically justified, even if the costs of medication are covered from the state budget.