

**Деменции позднего возраста: от диагноза до исхода**

Михайлова Н.М., Соколова О.Н.  
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

**Резюме.** Общеизвестно, что деменции позднего возраста неуклонно прогрессируют и неизбежно приводят к смертельному исходу. Показатели смертности в зарубежных исследованиях значительно варьируются, в отечественных — практически отсутствуют, а данные официальной статистики по заболеваемости деменцией и причинам смерти не отражают реальное положение.

**Цель:** провести анализ завершённых случаев деменции позднего возраста из материала наблюдений в Альцгеймеровском центре Научного центра психического здоровья. **Пациенты и методы:** Сплошное обсервационное исследование с использованием проспективного метода амбулаторного наблюдения больных деменцией, впервые обратившихся в Альцгеймеровский центр в 2007-2016 гг., позволило получить достоверные сведения о 217 пациентах, умерших за этот период. **Результаты:** Более одной трети этих случаев (39%) относились к нозологически различным деменциям с ранним началом заболевания. Причиной смерти более чем в половине случаев (58%) была соматическая патология. У остальных больных к концу жизни в условиях домашнего ухода была тяжёлая или терминальная стадия основного заболевания.

**Выводы:** Целостное представление о картине деменций позднего возраста — от начала до летального исхода — необходимо для создания регистров заболеваемости и получения научно обоснованных статистических показателей сроков дожития, смертности и причин смерти. Отдельного рассмотрения заслуживают меры помощи семьям больных с тяжелой/терминальной стадией деменции, создание амбулаторной и стационарной сети хосписов для этого контингента больных.

**Ключевые слова:** поздний возраст; деменция; Альцгеймеровский центр; обсервационное исследование; смертность; причины смерти

**Dementia in old age: from diagnosis to fatal outcome**

Mikhaylova N.M., Sokolova O.N.  
FSBSI «Mental health research centre», Moscow, Russia

**Summary.** Background: It is well known, that old age dementias steadily grow progressively worse and inevitably lead to fatal outcome. Mortality indices in foreign research largely vary, they are practically absent in domestic scientific studies, and official statistical data on the prevalence of dementia and the cause of death do not reflect the real situation. The Objective of the study was to perform the analysis of completed cases of late age dementias from the materials of observations in Alzheimer's disease center of the Mental Health Research Center.

**Patients and Methods:** Observational study, using prospective method of out-patient observation of subjects with dementias, who consulted Alzheimer's disease center in 2007-2016 for the first time, made it possible to obtain reliable data on 217 patients, who died during this period. Results: More than one third of such cases (39%) referred to nosologically various dementias with an early onset of the disease. In more than half of the cases (58%) the cause of death was medical pathology. In the rest of the patients severe or terminal stage of the basic disease was noticed toward the end of life under conditions of home care.

**Conclusions:** Holistic view of the clinical picture of old age dementias (from the onset of the disease till the fatal outcome) is necessary for creation of incidence registers and obtaining of science-based statistical indices of survival, mortality and causes of death. It is necessary to develop measures of assistance to families of patients with the most severe stage of dementias, creation of out-patient and in-patient network of hospices for this contingent of patients.

**Keywords:** old age; dementia; Alzheimer's disease center; observational study; mortality; causes of death

**П**роблема деменций позднего возраста обрела первостепенную важность для гериатрической медицины и, прежде всего, психиатрии, вследствие значительного возрастания численности больных деменцией, обусловленного наиболее вероятно «постарением» населения, то есть увеличением доли лиц пожилого и старческого возраста. Эта демографическая ситуация стала вызовом медицинскому сообществу, организациям здравоохранения, обществу в целом и каждой семье, в которой есть больной деменцией.

Общеизвестно, что болезнь Альцгеймера (БА) и другие деменции позднего возраста неуклонно прогрессируют и неизбежно приводят к смертельному исходу раньше, чем у лиц без деменции. В работах зарубежных исследователей изучение показателей смертности и причин смерти больных деменцией проводилось в основном в учреждениях длительного пребывания [14, 12, 16, 17]. Вариабельность показателей смертности определялась численностью выборок, условиями проведения исследований и различиями временных ра-

мок анализируемых периодов. Результаты этих исследований представлены в обзоре [6].

В условиях российской действительности методическое оснащение такого рода исследований страдает по разным причинам, в первую очередь, в связи с отсутствием достоверных показателей смертности при БА и других деменциях в данных официальной статистики причин смерти. Как показано отечественными исследователями в области демографии, смертность от болезни Альцгеймера в РФ во всех возрастных группах многократно ниже, чем в США [1]. По мнению авторов этой работы, нельзя исключить недоучет случаев этого заболевания и смерти от него. Полностью соглашаясь с суждением ведущих российских специалистов в области гериатрической психиатрии проф. Н.Г. Незнанова и проф. Л.С. Круглова о том, что «установление причинной связи между летальным исходом и конкретным заболеванием должно включать в себя два основных этапа: прижизненную клиническую диагностику и постморальное патоморфологическое исследование» [9], приходится признать невозможность в практике получения данных второго этапа, то есть патоморфологического исследования мозга даже при наличии посмертного эпикриза и заключения патолога.

Достижения нейронаук в изучении патогенеза деменций не только стали основой концептуальной разработки терапевтического вмешательства, но и платформой для поиска методов раннего распознавания патологии мозга, приводящей к развитию деменции. Увеличение доступности методов прижизненной нейровизуализации в практике и экспериментальное изучение биомаркеров деменций позднего возраста, прежде всего, болезни Альцгеймера, расширило возможности диагностики этих заболеваний. Следует признать, что этому же способствовало оперативное внедрение во многих странах новых организационных форм помощи больным деменцией. Создание Альцгеймеровских центров и клиник памяти позволило проводить длительное наблюдение за больными, осуществлять симптоматическую терапию известными в настоящее время противодementiaльными средствами. В России такой вид помощи приближается к диспансерному наблюдению при других психических заболеваниях.

**Цель исследования:** провести анализ завершённых случаев деменции позднего возраста из материала наблюдений в Альцгеймеровском центре Научного центра психического здоровья, представить их синдромально-нозологическое распределение, возраст и причины наступления смерти.

Основные положения деятельности Альцгеймеровского центра (АЦ) проанализированы ранее [7]. За 10-тилетний период с 2007 по 2016 гг. показано увеличение первичной обращаемости почти в два раза и повторной обращаемости в три раза, двукратное преобладание женщин, увеличение возраста больных при первичном обращении, то есть охват специализированной помощью старших возрастных групп. Продемонстрировано

улучшение диагностики на более ранних стадиях заболевания, о чём свидетельствовало увеличение в полтора раза доли мягкой деменции при первичном обращении. С 2017 г. в АЦ НЦПЗ введена консультативная помощь на платной основе, что не отразилось на числе первичных обращений в АЦ, но привело к значительному сокращению повторных визитов.

Диагностика деменций в АЦ отвечала критериям МКБ 10. В 79.7% наблюдений диагноз подтверждался результатами МРТ головного мозга. Диагностическое распределение ожидаемо обнаружилось значительное преобладание всех видов болезни Альцгеймера (БА с ранним и поздним началом, БА с церебрально-сосудистым поражением) над деменциями иного генеза (сосудистая деменция, лобно-височная деменция, деменция с тельцами Леви и др.), в совокупности представлявшими весь спектр от мягкого когнитивного снижения до деменции.

Ведение и лечение больных деменцией в АЦ осуществлялось в соответствии с положениями, разработанными ведущими мировыми специалистами [11]. Представляется немаловажным, что диагностическая и лечебная помощь больным в АЦ Научного центра психического здоровья оказывалась с использованием одних и тех же подходов, разработанных под руководством проф. С.И. Гавриловой [2, 4].

#### Пациенты и методы

Возможность длительного и, как правило, регулярного наблюдения больных деменцией в АЦ НЦПЗ позволила получить представление о течении заболевания и его исходах в завершённых случаях.

В качестве индекс-периода исследования выбран 10-летний промежуток времени с 2007 по 2016 гг., когда больные имели возможность не только первичного обращения в АЦ, но и повторного обращения без оплаты за консультативной помощью, что обеспечивало длительность и регулярность наблюдения больных и постоянного контакта с ухаживающими лицами, как правило, членами семьи.

Все больные обращались добровольно (хотя нередко по настоянию членов семьи) и при первичном осмотре подписывали информированное согласие на обследование. Проведение исследования одобрено Локальным Этическим Комитетом ФГБНУ НЦПЗ и соответствовало Положениям биомедицинской этики в Хельсинкской Декларации 1964 г. и пересмотренного варианта 2004 г.

Общее количество пациентов, впервые обратившихся в АЦ за этот период, составило 2840 человек (мужчин 33.9%; средний возраст  $70,2 \pm 10,4$ ; Ме 72 года). Более половины (54%) пациентов обращались самостоятельно, более одной четверти (27%) — по направлению невролога, реже (15%) — по направлению психиатра или врачей других специальностей (4%).

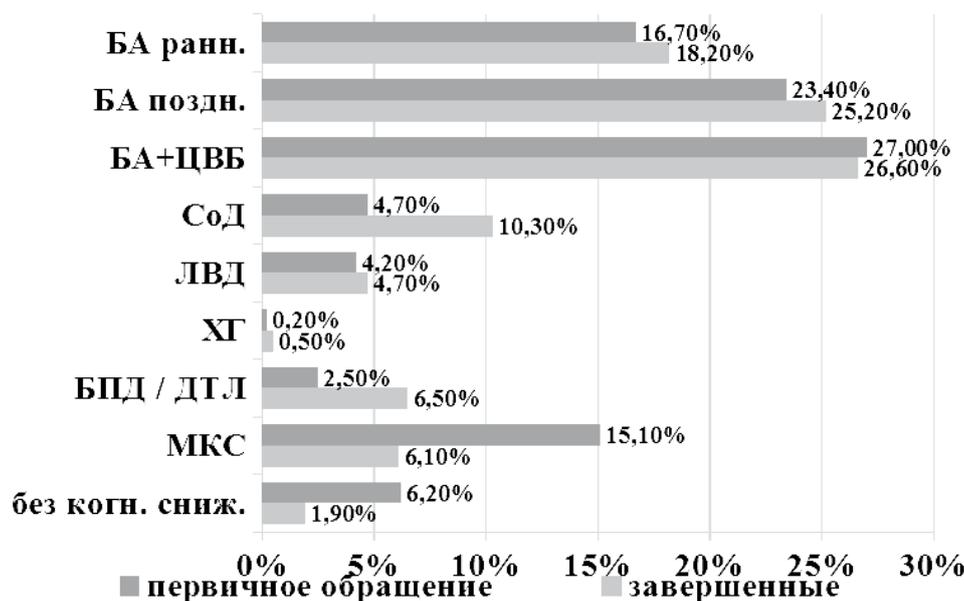


Рис.1. Диагностическое распределение деменций в завершенных случаях в сопоставлении с общей когортой пациентов АЦ

Fig.1. Distribution of diagnoses in completed cases compared with total cohort of Alzheimer's center

В отношении 217 больных за 10-летний период установлен факт смерти, что составило 7.6% от общего числа впервые обратившихся в АЦ в 2007-2016 гг. Сведения о больных, полученные в ходе проспективного наблюдения, содержались в амбулаторных картах. Информация о смерти больных и причине смерти поступала от ухаживающих лиц, а так же выяснялась катамнестическим методом с использованием сведений из ПНД и от родственников. Специально уточнялись особенности психического и соматического состояния больных в последний период их жизни. Эти сведения подтверждались и дополнялись при получении посмертных эпикризов в ответ на запросы в психиатрические учреждения и соматические больницы. Следует признать, что в 13% катамнестические сведения были недоступны при изменении места жительства больных и утрате контакта с ухаживающими лицами.

Детальный анализ завершенных случаев был возможен в отношении 217 больных. Среди них оказалось 87 мужчин (40%) и 130 женщин (60%). Это соотношение по полу среди умерших больных деменцией несколько отличалось от соотношения по полу среди впервые обратившихся (34 и 66%, соответственно) в сторону увеличения доли мужчин. Возраст этих больных при первом обращении варьировался от 48 до 94 лет (Me 74 года) в то время как этот показатель был меньше (Me 72 года) для общего числа первично обратившихся в АЦ. Средний возраст на момент смерти в анализируемой группе умерших составил  $76,3 \pm 9,1$  (Me 77 лет).

В анализируемой когорте завершенных случаев преобладали пациенты с высшим (62.2 %) и средним специальным (20.3 %) образованием. Эта характеристика, свойственная всему контингенту пациентов АЦ, не свидетельствует о влиянии более высокого уровня образования на риск заболевания деменцией, а наиболее вероятно отражает большую осведомленность в возможностях диагностики и специализированной помощи в этих случаях. На момент первичного обращения работающих было 6.4 %, пенсионеров по возрасту — 37.2 %, 56.4 % больных имели инвалидность, за период наблюдения 5.8 % пациентов переведены на инвалидность 1-3 группы.

Сопоставление нозологической принадлежности деменций в общей когорте пациентов Альцгеймеровского центра с диагностической оценкой деменции в завершенных случаях не изменило представления о значительном преобладании болезни Альцгеймера среди всех видов деменции (рис.1/fig.1). Среди диагнозов умерших больных отмечено увеличение доли БА с ранним началом. Эта тенденция отмечена и при таких видах деменции как лобно-височная деменция и болезнь Гентингтона. Гораздо более отчетливо значительное увеличение доли сосудистой деменции (с 4.7 до 10.3%) и деменции с тельцами Леви (с 2.5 до 6.5%). В совокупности доля деменций с ранним началом увеличилась почти в полтора раза в завершенных случаях. Доля диагноза мягкого когнитивного снижения у умерших пациентов ожидаемо оказалась значительно меньше, чем в общей когорте пациентов АЦ.

У 8 больных из когорты завершённых случаев первичная диагностическая оценка за время наблюдения в АЦ и в разные годы от начала болезни претерпевала изменения. В трёх случаях с синдромом МКС при первичном обращении диагноз был изменён на диагноз деменции (1-ЛВД; 1-БА с поздним началом и 1 — болезни Альцгеймера (БА) смешанного типа, сочетанной с церебрально-сосудистым заболеванием). В двух других случаях первоначальный диагноз сосудистой деменции изменялся на диагноз деменции при БА смешанного типа, сочетанной с церебрально-сосудистым заболеванием. В одном случае диагноз реакции дезадаптации был заменён диагнозом МКС. В одном наблюдении с первоначальным диагнозом деменции при БА смешанного типа, сочетанной с церебрально-сосудистым заболеванием в последующем выставлен диагноз лобно-височной деменции, в другом случае диагноз деменции неуточнённого типа заменён на диагноз деменции при БА смешанного типа, сочетанной с церебрально-сосудистым заболеванием.

Признавая ограниченность только обзорной характеристики заболевания у пациентов АЦ, проведено сопоставление отдельных параметров деменции у больных из когорты завершённых случаев в сопоставлении с больными, остававшимися доступными для проспективного наблюдения или катамнестической оценки к концу индекс-периода, то есть до конца 2016 г. За вычетом умерших и недоступных для получения сведений в общей когорте осталось 2255 пациентов.

При сравнении степени выраженности когнитивного снижения при первичном обращении оказало, что больные из когорты завершённых случаев в половине случаев (55%) обнаруживали умеренно выраженную деменцию, почти в полтора раза чаще, чем в общей когорте (39%). В 13% состоянии больных в начале наблюдения соответствовало тяжелой степени деменции, несколько чаще, чем в общей когорте (10%). Мягкая деменция диагностировалась почти одинаково часто (соответственно 25 и 30%), тогда как мягкое когнитивное снижение значительно реже (соотв. 7 и 21%). Среднегрупповой суммарный балл минитеста при первичном обследовании пациентов общей когорты составил  $16.0 \pm 9.3$  (Ме 19), что соответствует частоте случаев умеренно выраженной деменции. Сопоставимость этого показателя со средним его значением ( $16.9 \pm 7.6$ ) у больных из когорты завершённых случаев обнаруживает отличие по медиане (18 vs 19). Эти не очень значительные различия усреднённого показателя минитеста в совокупности с распределением синдрома мягкой, умеренной и тяжёлой деменции позволяют предполагать большую степень выраженности деменции при первичном обращении больных из когорты завершённых случаев.

Давность заболевания при первичном обращении у больных из когорты завершённых случаев составляла от 1 до 17 лет (Ме 3 года). В группе пациентов, продолжавших наблюдаться в АЦ до конца индекс-периода, этот показатель варьиро-

вался от 1 до 12 лет (Ме 2 года). Эти различия могли косвенно свидетельствовать об обращении в АЦ на более поздней стадии болезни, что находит подтверждение и в различиях доли деменций различной тяжести при первичной клинической оценке и по показателю мини-теста. Общая длительность деменции у умерших больных варьировалась от 1 до 24 лет, составляя в среднем  $6.7 \pm 3.8$  (Ме 6). Деменция у продолжавших наблюдение в АЦ длилась от 1 до 19 лет, ожидаемо больше в среднем  $8.6 \pm 7.8$  (Ме 7 лет).

Как известно, помимо собственно когнитивного снижения различной тяжести, в клинической картине деменций позднего возраста очень часто имеют место так называемые не когнитивные, или поведенческие и психопатологические расстройства, которые зачастую и являются поводом обращения за специализированной помощью. Эти расстройства выявлялись в 63% при первичном обращении больных из когорты умерших, в то время как частота этих расстройств составляла 42% при первичной оценке состояния пациентов, продолжавших жить и болеть до конца периода исследования. Совокупная оценка длительности, степени выраженности деменции и психопатологических нарушений может свидетельствовать о сложности расстройств и большей тяжести заболевания при первичном обращении у больных из когорты завершённых случаев.

Оказание помощи больным деменцией ограничивалось однократной консультацией в 12.6% случаев, завершённых к концу периода исследования, и в 14.8% наблюдений из когорты доживших до конца исследования. Общая длительность наблюдения в АЦ варьировалась, достигая в среднем  $2.2 \pm 1.8$  лет (Ме 2 года) в группе больных с летальным исходом. При продолжении заболевания до конца периода исследования длительность наблюдения была ожидаемо больше и составляла в среднем  $3.4 \pm 6.8$  лет (Ме 4 года).

При первом обращении в АЦ практически всем пациентам, за редкими исключениями с наличием противопоказаний, назначалась противодementia терапия в соответствии с тактикой и стратегией терапии деменций, разработанной проф. С.И. Гавриловой [3]. В части случаев продолжалась ранее назначенная терапия или изменялась в соответствии с современными достижениями и индивидуальными показаниями. Комплекс терапевтических мер включал ИХЭ, мемантин, прекурсоры АХ, вазоактивные и психотропные препараты, курсы нейропротективной терапии. Данные проспективного наблюдения и катамнестического обследования позволили получить представление об общей продолжительности терапевтического вмешательства. В завершённых случаях она составляла от 0,5 до 8 лет (в среднем  $2.9 \pm 2.3$  года; Ме 2 года), а в продолжающихся — от 1 до 12 лет (в среднем  $4.8 \pm 2.7$ ; Ме 4 года).

При рассмотрении отдельных характеристик заболевания обратила на себя внимание значительная вариабельность продолжительности отдельных этапов деменции как в завершённых

случаях, так и у больных, доживших до конца индекс-периода. Подходы к определению временной продолжительности этапов деменции могут различаться, поскольку в завершённых случаях эти показатели по умолчанию окончательные, то в продолжающихся случаях эта определённая достигается только при переходе с одного этапа на другой, а заболевание на момент окончания индекс-периода может продолжаться и далее на той же стадии. Помимо этого, понятно, что не все больные из обеих групп проходили все стадии деменции — мягкой, умеренной и тяжёлой деменции. На этапе исследования, ограниченном временем его проведения, всё же можно получить общее представление о течении заболевания и в тех, и в других случаях (Табл. 1).

Хотя длительность отдельных этапов деменции оказалась ожидаемо меньше в группе завершённых случаев, представляет интерес большая вариабельность длительности отдельных этапов деменции не только в случаях заболевания, прерванного смертью, но и в продолжающихся случаях. Можно предположить, что не только нозологическая принадлежность деменций определяет эту вариативность, но ещё и различия в скорости прогрессирования деменции под воздействием или при участии различных факторов.

В отсутствие эффективной нозомодифицирующей терапии деменций нет доказательных оснований связывать течение и исход заболевания с проводимой терапией. Однако, в условиях регулярного наблюдения в Альцгеймеровском центре стало возможным длительное, часто многолетнее проведение симптоматической терапии собственно когнитивных и психопатологических расстройств. Можно только констатировать ожидаемые различия в длительности противодементной терапии в завершённых случаях деменции и при продолжении заболевания. У больных из когорты завершённых случаев средняя длительность лекарственной терапии составляла  $2,9 \pm 2,3$  года (от 0,5 до 8 лет; Me 2 года), в то время как продолжавшие болеть получали лечение в среднем  $4,8 \pm 2,7$  (от 1 до 12 лет; Me 4 года).

Проспективное наблюдение и применение катанестического метода позволили получить представление о состоянии больных в последний период жизни до наступления смерти. Следует отметить, что в подавляющем большинстве случаев пациенты оставались дома до самых последних дней жизни, и в отсутствие хосписов для больных деменцией всё время ухода за больными в самом тяжёлом состоянии, как психическом, так и соматическом, лежало на членах семьи, ухаживающих за больными деменцией родственниками.

Широкое использование телефонного патронажа в работе АЦ позволяло не только осуществлять психологическую поддержку ухаживающих лиц, давать советы по уходу и обращению за помощью в urgentных ситуациях, но и получить представление о конкретных проявлениях состояния больных. Тяжесть деменции в последний период жизни больных определялась тотальной

утратой навыков самообслуживания, невозможностью самостоятельно передвигаться или полной обездвиженностью, давно наступившей утратой контроля газовых функций, нарушением речевого контакта, стремительно нарастающей кахексией с появлением пролежней, нарушений глотания, повышения мышечного тонуса с появлением мышечных подёргиваний, иногда эпилептиформных расстройств. Развитие пневмонии в терминальной стадии могло послужить причиной госпитализации, но чаще лечение проводилось дома. Оценка состояния больных в последний период жизни ожидаемо свидетельствовала о неуклонном прогрессировании деменции и резком изменении соотношения по степени тяжести в сторону преобладания тяжёлой деменции (Рис. 2). Обращает на себя внимание, что две трети больных доживали до стадии тяжёлой деменции в условиях осуществления ухода в домашних условиях.

Оценка причин смерти больных деменцией из когорты завершённых случаев представляла наиболее сложную задачу не только в каждом отдельном случае вследствие различных установок в определении основной или первичной причины смерти, но и в сопоставлении со скудными данными российской статистики о смертности при деменциях, в частности при всех видах болезни Альцгеймера. Предпринятые максимальные усилия для получения документированных свидетельств о заболеваниях и обстоятельствах смерти больных деменцией позволили получить в первом приближении представление о причинах смерти (табл. 2 / table 2).

Среди соматических причин на первое по частоте место выступают сердечно-сосудистые заболевания (инфаркт миокарда, острая и хроническая сердечная недостаточность), пневмония, что хорошо известно по клиническому опыту наблюдения за больными деменцией на последней стадии заболевания. Почти с такой же частотой смерть больных деменцией наступала от инсульта и рака. Среди других причин смерти не меньшую частоту составляли такие заболевания и поражения как ЧМТ, мезентериальный тромбоз, диабетическая кома, почечная недостаточность и др., наблюдавшиеся в единичных случаях. В сумме с другими соматическими заболеваниями, включая неуточнённые, соматическая патология стала причиной смерти более чем у половины больных деменцией из когорты завершённых случаев. Можно предположить, что запоздалая диагностика и несвоевременное оказание соматической помощи были обусловлены самими проявлениями деменции, но нельзя исключить и несовершенство организации помощи больным деменцией.

Не представляется возможным обойти вниманием частоту наступления смерти от деменции как основного заболевания. Угасание больных происходило на стадии тяжёлой деменции разной степени близости к терминальному состоянию. Неизбежность такого исхода предопределяна самим заболеванием, но такая большая частота дожития больных до терминальной стадии в усло-

**Таблица 1. Средняя длительность этапов деменции в завершённых случаях и у продолжающих болеть деменцией**  
**Table 1. The average duration of stages of dementia in completed and on-going cases**

Группы / Groups Длительность (в годах) / duration (years)	Завершённые случаи / completed cases N1 = 217	Продолжающиеся случаи / on-going cases N2 = 2255
мягкая деменция / mild dementia	2,9±2,3 [0,5-16; Me 2]	3,8±4,3 [1- 12; Me 3]
умеренная деменция / moderate dementia	2,6±1,6 [0,5-9; Me 2]	3,6±2,4 [1,5— 9; Me 4]
тяжёлая деменция / severe dementia	1,5±1,0 [0,5-5; Me 1]	2,6±1,4 [1— 4,5; Me 2]

**Таблица 2. Причины смерти в завершённых случаях деменции**  
**Table 2. Causes of death in completed cases of dementia**

Причины смерти / Causes of death	абс	%
основное заболевание (тяжёлая/терминальная стадия) / severe/ terminalstageofdementia	91	41.9
инфаркт миокарда/сердечная недостаточность / myocardialinfarction / heartfailure	28	12.9
Пневмония / pneumonia	18	8.3
ОНМК / stroke	17	7.8
онкологическое заболевание / cancer	16	7.4
другиезаболевания (ЧМТ, мезентериальныйтромбозидр.) / others (brain injury, mesenterial thrombosis and others)	19	8.8
неуточненные заболевания / unspecified diseases	27	12.4
пропал без вести / missing	1	0.5



Рис. 2. Распределение по тяжести деменции при первичном обращении и на момент смерти в когорте завершённых случаев

Fig. 2. Dementia severity in completed cases on the first visit and at the time of death

виях домашнего ухода и реалии его осуществления членами семьи по существу наедине с болезнью родственника, страдающего деменцией, поднимает вопрос о практическом отсутствии помощи на дому этой категории больных и ухаживающим за ними лицам. Активный патронаж весьма ограничен регламентом преимущественно амбулаторной деятельности сотрудника Альцгеймеровского центра или врача психоневрологического диспансера. Неврологи, как правило, не принимают участия в больных с тяжёлой стадией деменции. Некоторые родственники больных деменцией склонны продолжать лекарственную терапию почти до терминальной стадии, но приходится признавать неопределённость врачебных установок в отношении целесообразности продолжения медикаментозного вмешательства. Хотя в большинстве случаев внимание акцентируется на уходе за прикованными к постели больными, вопросы неотложной врачебной помощи возникают, как известно, при нарушении глотания, возникновении необходимости в постоянном или временном зондовом кормлении. Как известно из практики длительного наблюдения за больными деменцией в АЦ, такая помощь оказывается только в рамках платных услуг и по разным причинам, финансовым и организационным, доступна в единичных случаях. Отсутствие как амбулаторной, так и стационарной хосписной помощи утяжеляет бремя деменции в семьях больных.

### Обсуждение

Обсервационное исследование, проведенное с использованием проспективного наблюдения и катamnестической оценки на материале пациентов Альцгеймеровского центра, впервые обратившихся за 10 лет работы АЦ в период с 2007 по 2016 гг., дало представление о синдромально-нозологическом распределении заболеваний с когнитивным снижением разной степени выраженности — от мягкого когнитивного снижения до тяжёлой деменции. В диагностическом спектре оказались практически все деменции позднего возраста со значительным преобладанием деменции при всех видах болезни Альцгеймера.

Возможности длительного наблюдения позволили поместить в фокус исследования так называемые завершённые случаи болезни, то есть закончившиеся летальным исходом в этот период времени. Анализ этих 217 случаев (7.6%) показал среди них значительную долю (39%) деменций позднего возраста с наиболее короткими сроками дожития (БА с ранним началом, ЛВД, ДТЛ и сосудистая деменция), что соответствует результатам отечественных и зарубежных исследований [8, 19, 20, 10]. В единственном отечественном катamnестическом исследовании диспансерной когорты психически больных позднего возраста ежегодный риск смерти оказался наиболее высоким у пациентов с атрофическими заболеваниями [5].

Полученные данные о большей тяжести деменции при первичном обращении и относительном

увеличении доли мужчин в завершённых случаях совпадают с прогностическими оценками роли этих факторов при изучении показателей смертности в работах других авторов [18, 15].

В большинстве включённых в исследование завершённых случаев деменции причиной смерти признаны соматические заболевания, спектр которых не отличается от причин смерти лиц пожилого и старческого возраста, среди которых наиболее часты сердечно-сосудистые и церебрально-сосудистые заболевания, пневмония и онкологические болезни. В литературе приводятся данные о причинах смерти больных деменцией в учреждениях длительного пребывания или на основании соответствующих показателей в государственных регистрах смертности [14, 13, 12, 16, 17]. Несмотря на методические различия, результаты настоящего исследования вполне сопоставимы с результатами зарубежных исследований, проведенными в других условиях.

Полученные в исследовании данные свидетельствуют о том, что значительное число больных деменцией из когорты пациентов АЦ доживают до наступления не только тяжёлой, но и терминальной стадии. Нельзя не признать, что в этих случаях рассмотрение деменции как причины смерти, как это имеет место в регистрах смертности в других странах, требует своего обоснования при ранжировании в качестве первичной причины смерти. Дискуссионность и расхождения в подходах к решению этого вопроса в каждом отдельном случае влияют на различия в статистических показателях.

Особенности отечественной медицинской статистики, когда диагноз деменции далёк от точных формулировок, не позволяют провести сопоставление с официальными данными. [1]. Представляется, что проблема не ограничивается только вопросами статистики. Не менее важными являются вопросы оптимизации не только психиатрической, но и соматической помощи больным деменцией. Возможности ранней диагностики тяжёлых соматических заболеваний и объём лечебных мер нередко ограничиваются наличием диагноза деменции. Другой стороной вопроса является недостаточность или даже практическое отсутствие помощи членам семьи, ухаживающим за больными деменцией в конечной стадии заболевания.

Среди ограничений проведенного обсервационного исследования следует в первую очередь признать недостатки методики и вследствие этого лишь обзорный характер результатов, полученных при анализе завершённых случаев деменций различной нозологической принадлежности, с разными сроками наблюдения, ограниченными длительностью заболевания до наступления смерти. Другим ограничением явилась невозможность получения во всех случаях документированных сведений о причинах смерти, хотя достоверность катamnестической оценки состояния больных в последний период жизни не вызывала сомнений. Отсутствие полных сведений о 13% больных считается допустимым в катamnестических исследо-

ваниях, однако можно предположить определённое влияние этого факта на количественные показатели.

К преимуществам проделанной работы можно отнести то, что обзорное исследование проведено на сплошном материале пациентов одного центра с едиными установками в методах диагностической оценки деменций, лечения и ведения больных с разными формами этих тяжёлых заболеваний. Мониторинг состояния больных осуществлялся благодаря возможностям длительного проспективного наблюдения, а установление постоянного контакта с ухаживающими лицами способствовало проведению катамнестической оценки на самых тяжёлых стадиях заболевания. В продолжение исследования могут ставиться задачи изучения разных нозологических классов деменций позднего возраста, различий в сроках дожития и показателей смертности при них и выявления факторов, влияющих на эти пока-

затели. Особый ракурс такого рода исследований представляет рассмотрение имеющихся в настоящее время возможностей терапевтического вмешательства при деменциях в отношении гипотетического воздействия на сроки дожития.

### Заключение

Целостное представление о картине деменций позднего возраста, включая исходы этих до сих пор неизлечимых заболеваний, необходимо для создания регистров заболеваемости и получения научно обоснованных статистических показателей сроков дожития, смертности и причин смерти. Учёт этих данных по умолчанию необходим при оказании разных видов медико-социальной помощи больным деменцией и их семьям на всех этапах заболевания.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### Литература / References

1. Ватолина М.А., Самородская И.В., Бойцов С.А. Смертность и потерянные годы жизни в результате болезни Альцгеймера в России. *Психиатрия*. 2014; 61(1):47-51 [Vatolina MA Samorodskaya IV, Boytsov SA. Mortality and lost years of life as a result of Alzheimer's disease in Russia. *Psichiatriya*. 2014; 61(1):47- 51. (in Russ.)]
2. Гаврилова С.И. Деменция В кн.: Руководство по гериатрической психиатрии. под ред. проф. С.И. Гавриловой. М.: МЕДпресс-информ; 2020:34-106 [Gavrilova S.I. Demenciya V kn.: Rukovodstvo po geriatricheskoj psichiatrii. pod red. prof. S.I. Gavrilovoj. M.: MEDprecis-inform; 2020: 34-106. (In Russ.)]
3. Гаврилова С.И., Колыхалов И.В. Разработка стандарта терапии болезни Альцгеймера. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2012;1:5-10. [Gavrilova SI, Kolyhalov IV. Development of the standard therapy of Alzheimer's disease. *Sovremennaya terapiya v psichiatrii i nevrologii*. 2012; 1:5-10. (In Russ.)]
4. Колыхалов И.В. Пути повышения эффективности терапии болезни Альцгеймера. *Психиатрия*. 2014; 1 (61):44-48. [Kolykhalov IV. The ways to improve the effectiveness of Alzheimer's disease treatment. *Psichiatriya*. 2014; 1(61):44-48. (in Russ.)]
5. Максимова Н.Е. Клинико-катамнестическое обследование диспансерной «когорты» психически больных позднего возраста. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2001; 101(4):53-54. [Maksimova NE. Clinical and follow-up examination of a dispensary "cohort" of late-mentally ill patients. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova*. 2001; 101(4):53-54. (in Russ.)]
6. Михайлова Н.М. Деменции позднего возраста: смертность и сроки дожития. *Психиатрия*. 2019; 17(2):54-67 [Mikhaylova NM. Dementia of Old Age: Mortality and Survival. *Psichiatriya*. 2019; 17(2):54-67. (in Russ.)] doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-2-54-67
7. Михайлова Н.М., Гаврилова С.И. Альцгеймеровский центр—инновационная модель амбулаторной помощи пожилым больным с когнитивными расстройствами и деменцией. *Психиатрия*. 2015; 3(67):42-51. [Mikhaylova NM, Gavrilova SI. Alzheimer's Disease Center: Innovation model of outpatient assistance for the elderly patients with cognitive disorders and dementia. *Psichiatriya*. 2015; 3(67):42-51. (in Russ.)]
8. Мищенко Т.С., Дмитриева Е.В. Сосудистая деменция: диагностика, лечение и профилактика. *Международный неврологический журнал*. 2006; 2(6):16-20. [Mishhenko TS, Dmitrieva EV. Sosudistaja demenciya: diagnostika, lechenie i profilaktika. *Mezhdunarodnyj nevrologicheskij zhurnal*. 2006; 2(6):16-20. (in Russ.)]
9. Незнанов Н.Г., Круглов Л.С. Методологические аспекты констатации болезни Альцгеймера в качестве причины смерти у пожилых. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2019; 4-2:14-18. [Neznanov NG, Kruglov LS. Methodological aspects of constation of Alzheimer disease as a cause of death in the elderly. *Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2019; 4-2:14-18. (In Russ.)] doi: 10.31363/2313-7053-2019-4-2-14-18
10. Connors MH, Ames D, Boundy K, Clarnette R, Kurrle S, Mander A, Ward J, Woodward M, Brodaty H. Predictors of Mortality in Dementia: The PRIME Study. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2016; 52(3):967-974. doi: 10.3233/jad-150946
11. Cummings JL, Isaacson RS, Schmitt FA, Velting DM. A practical algorithm for managing Alzheimer's

- er's disease: what, when, and why? *Ann Clin Transl Neurol.* 2015; 2(3):307-323. doi: 10.1002/acn3.166
12. Fitzpatrick A L, Kuller L H, Lopez O L, Kawas C H, Jaguste W. Survival following dementia onset: Alzheimer's disease and vascular dementia. *J Neurological Sciences.* 2005; 229:43-49. doi:10.1016/j.jns.2004.11.02
  13. Helmer C, Joly P, Letenneur L, Commenges D, Dartigues JF. Mortality with Dementia: Results from a French Prospective Community-based Cohort. *Am. J. Epidemiol.* 2001; 154(7): 642-648. doi: 10.1093/aje/154.7.642
  14. Kay DWK, Forster DB, Newens AJ. Long-term survival, place of death, and death certification in clinically diagnosed pre-senile dementia in northern England: Follow-up after 8-12 years. *BJP.* 2000; 177:156-162. doi: 10.1192/bjp.177.2.156
  15. Modrego PJ, Lobo A. Determinants of Progression and Mortality in Alzheimer's disease: A Systematic Review. *Neuropsychiatry (London).* 2018; 8(5):1465-1475. doi: 0.4172/Neuropsychiatry.1000479
  16. Savva GM, Wharton SB, Ince PG, Forster G, Matthews FE, Brayne C; Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. Age, neuro-pathology and dementia. *New England Journal of Medicine.* 2009; 360(22):2302-2309. doi: 10.1056/NEJMoa0806142
  17. Schiltz NK, Warner DE, Sun J, Smyth KA, Graevenstein S, Stange KC, Koroukian SM. The Influence of Multimorbidity on Leading Causes of Death in Older Adults With Cognitive Impairment. *J Aging Health.* 2019; 31(6):1025-1042. doi: 10.1177/0898264317751946
  18. Staekenborg SS, Pijnenburg YA, Lemstra AW, Scheltens P, Vd Flier WM. Dementia and Rapid Mortality: Who is at Risk? *J Alzheimers Dis.* 2016; 53(1):135-142. doi: 10.3233/JAD-151063
  19. Steenland K, Macneil J, Seals R, Levey A. Factor Affecting Survival of Patients with Neurodegenerative Diseases. *Neuroepidemiology.* 2010; 35:28-35 doi:10.1159/000306055
  20. Zekry D, Herrmann FR, Graf CE, Giannelli S, Michel JP, Gold G, Krause KH. Mild cognitive impairment, degenerative and vascular dementia — hospital, short- and long-term mortality in the oldest old. *Aging Clin. Exp. Res.* 2011; 23(1):60-66. doi: 10.1007/BF03324953

#### Сведения об авторах

**Михайлова Наталия Михайловна** — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва. E-mail: MikhaylovaNM@yandex.ru

**Соколова Ольга Николаевна** — кандидат медицинских наук, врач-психиатр, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва. E-mail: o.sokolova@inbox.ru