

*На правах рукописи*

Гантман Мария Владимировна

ДЕПРЕССИВНЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ  
ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, УХАЖИВАЮЩИХ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С  
БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Специальность: 14.01.06 – Психиатрия (медицинские науки)

**А в т о р е ф е р а т**  
**диссертации на соискание ученой степени кандидата**  
**медицинских наук**

**Москва – 2015**

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр психического здоровья»

**Научный руководитель:**

**профессор, доктор медицинских наук Гаврилова Светлана Ивановна**

**Официальные оппоненты:**

Полищук Юрий Иосифович, д.м.н., проф., Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ ФМИЦПН Министерства здравоохранения РФ, научный руководитель отделения психической патологии позднего возраста.

Сиденкова Алена Петровна, д.м.н., ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» (г. Екатеринбург), доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии факультета повышения квалификации и постдипломной переподготовки

**Ведущая организация:**

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева

Защита состоится \_\_ декабря 2015 г в 11:00 на заседании диссертационного совета Д 001.028.01 в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр психического здоровья» по адресу:

115522, Москва, Каширское шоссе, дом 34

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья» <http://www.ncpz.ru>

Автореферат разослан « » \_\_\_\_\_ 2015 г

**Ученый секретарь**

**диссертационного совета**

**кандидат медицинских наук**

**Никифорова Ирина Юрьевна**

## Общая характеристика работы

### Актуальность работы

В 60% случаев причина деменции в пожилом возрасте - болезнь Альцгеймера (БА). В последние годы с увеличением количества пациентов, страдающих БА, особенно актуальной стала проблема состояния здоровья лиц, которые непосредственно опекают пациентов или ухаживают за ними в домашних условиях (в англоязычной литературе caregivers). Для этой группы лиц уход за больным не является профессиональной деятельностью; чаще всего это супруги или родственники первой степени родства (дети, реже сибсы).

Актуальность получения объективных научных данных о состоянии психического здоровья пожилых ухаживающих лиц, в том числе в зависимости от наличия у них генетического риска по этому заболеванию, определяется особой социальной значимостью этой многочисленной группы населения, осуществляющей чрезвычайно важные социальные функции обеспечения ухода и надзора за неуклонно растущей по численности популяцией пациентов с БА.

В России, как и в других странах, большинство пациентов с деменцией живут дома, и около двух миллионов человек вынуждены значительную, а часто и основную часть времени, сил и финансовых ресурсов посвящать уходу за больным родственником. Как правило, именно ухаживающие лица обеспечивают и терапевтические мероприятия дементных пациентов [Boucher L., 1996]. От помощи этих людей зависит эффективность лечения и качество жизни больных с деменцией, а также показатели их институционализации в учреждения для длительного пребывания (психиатрические больницы, интернаты психоневрологического профиля). Более того, поведение и действия ухаживающих влияют на психическое состояние самих пациентов [De Vugt M. E., 2004]. Ухаживающие лица испытывают постоянный стресс, подвергаются повышенным физическим и психологическим нагрузкам, а кровные родственники пациентов могут иметь еще и генетический риск по БА, что подтверждено рядом генетических и популяционных исследований [Gatz M. et al., 2006].

В ряде предшествующих исследований выявлено, что среди лиц, ухаживающих за больными с БА, повышена распространенность депрессивных и тревожных расстройств по сравнению с общей популяцией того же возраста, а также снижены некоторые когнитивные показатели [Caswell, L. W. et al. 2003; De Vugt M.E., 2006; Ferrara M. et al., 2008].

Можно выделить два направления исследований по этой проблеме:

- в первом основное внимание уделяют тревожным и депрессивным расстройствам у лиц, ухаживающих за пациентами с БА [Ferrara M., 2008];
- в исследованиях второго из направлений изучается когнитивный статус ухаживающих лиц по сравнению с контрольной группой из общей популяции, не выполняющих функции регулярного присмотра и ухода за дементными больными [Caswell L. W., 2003], в том числе и зависимость их когнитивного статуса от психического состояния пациента [De Vugt M.E., 2006].

Особый интерес представляет изучение состояния когнитивных функций родственников первой степени родства пациентов с БА. Их состояние оценивали в различном возрасте для выявления ранних признаков и предикторов заболевания [Ercoli L. et al., 2003; La Rue A. et al., 2008]. Эти исследования немногочисленны, и, по данным литературы, не обнаружено различий в когнитивном статусе родственников пациентов с БА первой степени родства и генетически неотягощенной популяции, соответствующей им по полу и возрасту. Различия в когнитивных показателях выявляются, если сравниваемые группы формируются в зависимости от ApoE генотипа: у носителей аллеля ApoE ε4 ниже результаты выполнения ряда когнитивных тестов [Ercoli L. et al., 2005].

Следует отметить, что ни в одном из выполненных к настоящему времени исследований родственников первой степени родства пациентов с БА не учитывалось влияние на состояние их когнитивного функционирования такого фактора, как выполнение функций ухода за больными с деменцией.

### **Степень разработанности темы**

Большинство исследований состояния здоровья лиц, ухаживающих за пациентами с БА, проводятся в странах Европы и Северной Америке. Это связано с развитой системой социальной поддержки населения, а также с активной работой общественных организаций (например, Alzheimer's Disease International), которые привлекают внимание государственных служб и научных учреждений к проблемам лиц, ухаживающих за пациентами с БА. Изучается, какие именно факторы в процессе ухода за пациентом создают наиболее выраженный стресс, каким образом можно уменьшить нагрузку ухаживающих. Уточняются потребности различных демографических и этнических групп. Результаты исследований адаптируются в разных странах с учетом культуральных и экономических особенностей.

В. Е. Голимбет и соавторами в России было проведено исследование качества жизни лиц, ухаживающих за пациентами с деменцией, а также использование ими социальных служб [Голимбет В. Е. и соавт., 1999; Golimbet V.E. et al., 2001]. Изучена группа в возрасте от 19 до 72 лет, 52% из которой составляли дочери пациентов с деменцией, и для них было показано

недостаточное использование имеющихся социальных служб и недостаточная осведомленность о возможности получить помощь. При этом отечественными исследователями до сих пор не выполнялся подробный анализ частоты и структуры психических расстройств аффективного и когнитивного спектра в данной популяции. Не проводилось исследований, которые были бы сосредоточены на изучении состояния здоровья пожилых ухаживающих лиц, которые в основном являются супругами пациентов и сами подвержены повышенному риску деменции в силу возраста и хронического стресса.

В исследовании В. Е. Голимбет и соавторов (2001) пожилые супруги пациентов составляли только 8%, тогда как в реальной популяции ухаживающих лиц доля пожилых значительно выше: по данным Grant I (2002) - 52%, а в российском исследовании [Колыхалов И.В., Рассадина Г.А., 2012] - 35%.

Не проводилось отечественных исследований, в которых была бы изучена группа ухаживающих именно за пациентами именно с БА (наиболее долго протекающей и имеющей особенно тяжелые медико-социальные последствия), а не с деменцией различного генеза. Уход за пациентом с БА связан с особенностями по сравнению, например, с уходом за пациентом с сосудистой деменцией, что обусловлено неуклонным прогрессированием без длительной стабилизации состояния и опасениями по поводу генетического риска для кровных родственников пациентов, а в случае пресенильной деменции и более ранним началом заболевания.

В исследовании А.П. Сиденковой (2010) показано неблагоприятное влияние ухода за пациентами с болезнью Альцгеймера (особенно при выраженных поведенческих нарушениях) на психическое здоровье и социальное благополучие членов их семей, а также изучено влияние отношений между ухаживающим и пациентом на приверженность противодементной терапии. В данное исследование включали ухаживающих за пациентами с деменцией лиц различных возрастных групп и пациентов как с болезнью Альцгеймера, так и с сосудистой деменцией.

В другом российском исследовании [Колыхалов И.В., Рассадина Г.А., 2012] проводилась оценка влияния терапии ингибиторами ацетилхолинэстеразы на нагрузку лиц, ухаживающих за пациентами с БА, и было установлено положительное влияние такого лечения не только на состояние самих пациентов с деменцией, но на тяжесть бремени семьи, связанного с болезнью.

Российская группа исследователей отделения по изучению болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств НЦПЗ РАМН участвовала в международном исследовании эффективности психообразования на дому в семьях пациентов с БА [Gavrilova S.I. et al., 2008]. Было показано снижение бремени ухаживающих лиц при проведении психообразовательных занятий на дому, однако данная работа не привела к разработке конкретных мероприятий для поддержки групп пожилого населения, участвующих в уходе за пациентами с деменцией и имеющих в

связи с этим повышенный риск по БА или иной деменции в силу существующей у них пролонгированной стрессогенной ситуации [Machado A. et al., 2014]. В целом, до настоящего времени публиковались преимущественно рекомендации по работе с родственниками пациентов с шизофренией [Ястребов В.С. и соавт., 2012]. Эффективность и другие показатели итогов психообразовательной работы с родственниками пациентов с деменцией в России до сих пор не изучались научными методами.

В проведенных к настоящему времени исследованиях состояния психического здоровья генетических родственников пациентов с БА [Селезнева, Н.Д. и соавт., 2012], к сожалению, не учитывалось выполнение ими функций по уходу за пациентом, тогда как даже частичное выполнение некоторыми из них функций по уходу за пациентом могло служить дополнительным фактором, ухудшающим их состояние здоровья, независимо от генетического риска по БА.

### **Цель исследования**

Разработать модель комплексной помощи контингенту пожилых лиц, обеспечивающих уход за пациентами с БА, на основе анализа особенностей их психического и соматического здоровья и анализа факторов риска, предрасполагающих к его нарушению.

В соответствии с указанной целью работы в исследовании были поставлены следующие **задачи**:

1. Определить распространенность и структуру психических расстройств у лиц пожилого возраста, ухаживающих за пациентами с БА, и не являющихся их кровными родственниками.

2. Определить распространенность и структуру когнитивных и некогнитивных расстройств в популяции пожилых родственников первой степени родства пациентов с БА, непосредственно не ухаживающих за больными.

2. Сравнить полученные показатели структуры и распространенности психических расстройств в указанных популяциях между собой и с таковыми в общей популяции пожилых (по эпидемиологическим данным популяционного обследования пожилого населения Москвы) для определения значимости функции ухода в развитии психической патологии когнитивного и некогнитивного спектра у пожилых лиц, ухаживающих за пациентами с БА.

3. Оценить соматическое состояние ухаживающих лиц и группы сравнения. Установить связь характера психических нарушений у ухаживающих лиц с их нагрузкой по уходу, психическим состоянием пациента и генетическими (ApoE генотип) факторами риска.

4. Провести катamnестическое обследование сформированных групп и оценить динамику изучаемых показателей. Определить влияние психообразовательных и лечебно-коррекционных мероприятий на психическое состояние ухаживающих лиц.

5. Разработать дифференцированные рекомендации по коррекции психопатологических нарушений у ухаживающих лиц в зависимости от характера патологии и имеющихся факторов риска.

### **Научная новизна работы**

Новизна данного исследования состоит в том, что впервые получены данные о состоянии здоровья групп российского населения старших возрастов, ухаживающих за пациентами с БА. Показано, что в данной группе, по сравнению с населением пожилого возраста в целом, повышен риск депрессивных и когнитивных расстройств, а также обнаружена тенденция к неблагоприятному течению у них сердечно-сосудистых заболеваний. Впервые выявлено, что влияние нагрузки по уходу за пациентом с БА в большей степени влияет на психическое здоровье пожилого человека по сравнению с генетическим риском при кровном родстве с пациентом с БА, и таким образом повышает риск развития деменции в этих группах пожилого населения. Впервые выявлены факторы риска для развития депрессивных расстройств среди ухаживающих лиц. Выделены критические этапы течения БА, на которых необходимо оказывать помощь не только самому пациенту, но и его семье, и определены меры медико-психологической поддержки ухаживающих лиц в эти периоды. Доказана эффективность психообразовательных мероприятий для снижения нагрузки лиц, ухаживающих за пациентами с деменцией, разработана оптимальная для российских условий методика и программа психообразовательных занятий для родственников больных. Разработана модель помощи пациенту с деменцией и ухаживающему лицу в условиях амбулаторного психиатрического приема.

### **Теоретическая и практическая значимость работы**

В диссертационной работе решена задача по оценке факторов риска депрессивных и когнитивных расстройств у пожилых людей, ухаживающих за пациентами с болезнью Альцгеймера. Выводы о том, что нагрузка по уходу за пациентом с БА значительно влияет на здоровье, могут быть использованы при планировании клинико-генетических исследований, направленных на анализ состояния здоровья генетических родственников пациентов с тяжелыми инвалидизирующими заболеваниями. Показана целесообразность рассматривать выполнение обследуемым ухода за своим больным родственником. Результаты исследования служат основанием для проведения активного скрининга депрессивных и когнитивных расстройств у пожилых ухаживающих лиц путем заполнения опросника во время амбулаторного приема пациента с БА с целью последующей коррекции выявленных

нарушений и снижения тем самым негативной внешнесредовой нагрузки, повышающей риск развития в пожилом возрасте заболеваний, ведущих к деменции и прогрессированию сердечно-сосудистых заболеваний. Созданы ориентированные на российские условия методические рекомендации для врачей и других специалистов, оказывающих помощь ухаживающим за пациентами с деменцией лицам.

**Методология исследования:** Исследование проводилось с использованием комплексного подхода, с применением, клинико-психопатологического, клинико-катамнестического, психометрического, генетического и статистического методов на базе ФГБНУ "Научный центр психического здоровья" (директор - академик РАН А.С. Тиганов) в отделении по изучению болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств отдела гериатрической психиатрии (руководитель д.м.н., профессор С.И.Гаврилова). Генетический анализ на ApoE генотип проводился в Лаборатории молекулярной генетики ФГБНУ НЦПЗ.

**Основная группа** формировалась из пожилых лиц, ухаживающих за пациентами с БА (N=71). Критерии включения в основную группу: возраст 60 лет и старше, совместное проживание с пациентом и осуществление основной части ухода за пациентом. Критериями невключения в данную группу были уход за более чем одним пациентом, наличие деменции у ухаживающего лица и генетическое родство с пациентом.

Для того, чтобы сравнить, какой из факторов оказывает более выраженное отрицательное влияние на психическое и соматическое здоровье: выполнение функции ухода за пациентом с БА или генетическое родство с пациентом была сформирована **группа сравнения** (N=30). Критерии включения в группу сравнения: возраст 60 лет и старше; родство первой степени с пациентом с БА (сibsы, дети, родители); отсутствие ответственности за действия и состояние пациента (пациента нет в живых либо за ним непосредственно ухаживает другой родственник). Критерием невключения в данную группу было наличие деменции.

С целью определить эффективность разработанного нами психообразовательного курса была сформирована группа пожилых лиц, ухаживающих за пациентами с БА (46 человек). За период с 2009 по 2013 год сотрудниками отдела гериатрической психиатрии отделения по изучению болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств ФГБНУ НЦПЗ и автором данного исследования на базе психиатрических клинических больниц №3, 14 и 15 было проведено 6 циклов психообразовательных занятий для родственников пациентов с деменцией. Каждый курс продолжался 7 недель и состоял из семи еженедельных занятий продолжительностью 2 часа.

**В группе ухаживающих лиц** проводилось клиническое и психометрическое обследование, которое включало стандартизированный



сбор анамнеза, обследования по психометрическим шкалам (Гериатрической шкале депрессии - GerDS, Монреальской когнитивной шкале – MoCA, заполнение опросника о психотических и поведенческих расстройствах у подопечного пациента Neuropsychiatric Inventory - NPI). Также проводили анализ на ApoE генотип (аполипопротеин E) с помощью метода полимеразной цепной реакции с использованием олигонуклеотидных праймеров с последующей рестрикцией и разделением в полиакриламидном геле (анализ проводился в Лаборатории молекулярной генетики ФГБНУ НЦПЗ). Также проводилось обследование **пациентов, за которыми ухаживали участники исследования**, по шкалам MMSE и Clinical Dementia Rating Scale. **В группе родственников пациентов, не участвующих в уходе за ними**, проводили следующие обследования: стандартизированный сбор анамнеза с учетом тех же данных, что и для группы ухаживающих лиц, обследование по GerDS из 15 пунктов, тестирование по MoCA, ApoE генотипирование. **В группе по оценке эффективности психообразовательных мероприятий**, помимо социо-демографических данных, обследуемые заполняли в начале и после окончания курса опросник бремени ухаживающего лица Zarit (Zarit Burden Interview). Состояние обследуемых в двух группах оценивали повторно через 28-32 месяца.

### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. Уход за родственником, страдающим БА (или иной деменцией), является независимым фактором риска для развития психических расстройств когнитивного и аффективного спектра у лиц пожилого возраста.
2. Уход за пациентом с дементирующим процессом оказывает негативное воздействие на психическое здоровье пожилого человека более значимо, чем генетический риск, связанный с родством первой степени с пациентом с БА.
3. Среди факторов риска для развития депрессивных расстройств у пожилых лиц, ухаживающих за пациентами с деменцией, более значимую роль играет не тяжесть деменции, то есть собственно когнитивная и функциональная несостоятельность подопечных пациентов, а выраженность у них поведенческих и психотических расстройств.
4. Меры помощи (фармакотерапия, рациональная психотерапия и психообразование) оказывают позитивное влияние на тяжесть нагрузки ухаживающих лиц и улучшают прогноз при развивающихся у них аффективных расстройствах.

Достоверность научных положений и выводов, сформулированных в диссертации, обеспечивается репрезентативностью материала (113 больных), комплексностью методики обследования, включающей клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический методы, а также их соответствием тем задачам, которые поставлены в исследовании. Результаты подтверждены статистическим анализом.

**Апробация результатов:** Результаты исследования докладывались и обсуждались на следующих конференциях и съездах: XV Съезд психиатров России. Москва, Россия, 2010; Всероссийская школа молодых ученых в области психического здоровья. Суздаль, Россия, сентябрь 2011; «Медико-социальные аспекты психического здоровья пожилого человека» Москва, Россия, сентябрь 2011; Alzheimer's Disease International conference. Торонто, Канада, март 2011; конференции ГУДП РФ «Проблемы здоровья пожилого населения» в рамках проведения Всемирного дня болезни Альцгеймера, 7 октября 2010, Москва; конференции молодых ученых НЦПЗ РАМН им. А. В. Снежневского, Москва, май 2011, научно-практической конференции «Актуальные проблемы гериатрической психиатрии» Москва, октябрь 2014, 12-й международной конференции по изучению болезни Альцгеймера и болезни Паркинсона «AD/PD», Ницца, март 2015.

**Апробация диссертации** состоялась 03 марта 2015 года на межотделенческой научной конференции Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья».

**Внедрение результатов исследования:** Разработанные в данном исследовании рекомендации по психообразовательной и лечебной работе с родственниками пациентов с БА внедрены в следующих учреждениях: отделении по изучению болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств отдела гериатрической психиатрии Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья», Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Департамента здравоохранения г.Москвы «Психиатрическая клиническая больница №3 им. В.А.Гиляровского», Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Департамента здравоохранения г.Москвы «Психиатрическая клиническая больница №14», Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Департамента здравоохранения г.Москвы «Психиатрическая клиническая больница №15», Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Свердловской области «Психиатрическая больница №6».

**Публикация результатов исследования.** Основное содержание, результаты исследования и выводы получили отражение в 5 публикациях, из них 3 в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на 207 страницах машинописного текста (основной текст 147 страниц, приложение 60 страниц) и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, списка литературы и 2 приложений. Библиографический указатель содержит 259 наименований (из них отечественных 10, иностранных – 249). Приведено 26 таблиц, 5 рисунков и 3 клинических наблюдения.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В данном исследовании проводилось сравнение группы пожилых лиц, ухаживающих за пациентами с БА (71 человек), с группой, сформированной из генетически отягощенной популяции – родственниками первой степени родства пациентов с БА (30 человек), не осуществляющих уход за пациентами с деменцией. Проведен анализ структуры и динамики психических и соматических расстройств в изучаемых группах, что позволило сравнить влияние нагрузки по уходу за пациентом с деменцией и генетических факторов риска по БА на психическое здоровье пожилого человека и оценить необходимость профилактических и коррекционных мер в группе пожилых ухаживающих лиц.

### **Аффективные расстройства в исследуемых группах**

По результатам клинического обследования в изученных группах из аффективных расстройств были выявлены только депрессии. Как в группе ухаживающих лиц, так и в группе не ухаживающих за пациентами родственников, частота депрессии оказалась выше, чем в общей популяции пожилых лиц и составила 39,4% (28 человек) в группе ухаживающих лиц и 16,7% (5 человек) в группе кровных родственников пациентов. В общей российской популяции пожилых людей частота депрессии составляет 11,6% [Калын Я.Б., 2001], поэтому очевидно, что обе обследуемые группы имеют тенденцию к повышенному риску депрессии, причем у лиц, ухаживающих за пациентами с БА риск значительно выше.

Среди пожилых лиц, ухаживающих за пациентами с деменцией, была значимо выше распространенность депрессивных расстройств по сравнению с кровными родственниками пациентов, не осуществляющими функцию ухода за больными с БА (39,4% и 16,7%, соответственно). За период наблюдения это различие сохранилось (распространенность депрессий в сравниваемых группах составила 33,8% и 15,8%, соответственно), хотя показатель частоты аффективных расстройств в обеих обследованных группах снизился на фоне терапевтических вмешательств. Различие между группами перестало определяться ( $p=0,22$ ), однако поскольку в группе генетических родственников пациентов число случаев депрессии стало меньше 5 (Таблица 1), выводы по статистическому сравнению групп ухаживающих лиц и генетических родственников пациентов из-за этого могут быть недостоверными.

Таблица 1. Распространенность депрессии в изучаемых группах на момент катamnестического обследования.

\* $p < 0,05$  для гипотезы об отличии группы ухаживающих лиц от группы генетических родственников пациентов

Распространенность депрессии в группе лиц, ухаживающих за пациентами с БА		Распространенность депрессии в группа родственников первой степени родства пациентов с БА	
Первичное обследование N = 71	Катamnестическое обследование N = 65	Первичное обследование N = 30	Катamnестическое обследование N = 19
28 (39,4%)*	22 (33,8%)	5 (16,7%)*	3 (15,8%)

Соотношение клинических вариантов депрессивного синдрома в двух исследуемых группах на момент катamnеза в целом не изменилось по сравнению с исходными данными: в группе ухаживающих лиц преобладали реактивные тревожно-депрессивные состояния, тогда как в группе генетических родственников – эндогенные аффективные расстройства. У ухаживающих лиц с аффективными расстройствами преобладали тревожные реактивно-окрашенные депрессии, в основе которых лежало расстройство приспособительных реакций. Обращаемость за медицинской помощью ухаживающих лиц по поводу собственных психических нарушений крайне низка, что делает чрезвычайно актуальным активное выявление у них жалоб и соответствующей клинической симптоматики и ее коррекцию. Сохранение высокой частоты реактивно окрашенных состояний у ухаживающих лиц, свидетельствует о том, что для многих семей уход за пациентом с деменцией является постоянным многолетним стрессом, и они так и не приспосабливаются к изменившимся условиям жизни. Болезнь близкого человека фактически воспринимается как его утрата с ощущением одиночества, что приводит к реакции горя [Полищук Ю.И., Летникова З.В. и др., 2005]. Мы связывали такую высокую частоту депрессии в группе ухаживающих лиц со стрессом, обусловленным уходом за больным, и достоверная корреляция оценок ухаживающих лиц по Гериатрической шкале депрессии (GerDS) с суммарной оценкой состояния подопечных пациентов по шкале NPI (0,27) это подтверждает. В группе ухаживающих лиц преобладали депрессии, по продолжительности не превышающие 3 месяцев (20 человек, 71%), и только у 3 человек депрессия продолжалась более 3 лет. В группе генетических родственников пациентов продолжительность депрессии не превышала 3 месяца.

По структуре депрессивного синдрома в группе ухаживающих лиц преобладали тревожные депрессии (21 человек, 75%), реже наблюдались

тоскливые (4 человека, 14%) и апатические (3 человека, 11%). В клинической картине депрессии у ухаживающих лиц доминировали тревожные опасения за поведение и состояние пациента, часто - сожаления о собственных упущенных возможностях (в частности, 11 ухаживающим пришлось выйти на пенсию или перейти на неполный рабочий день для ухода за пациентом). У 4 ухаживающих лиц в структуре депрессии наблюдались витальные признаки (ощущение тоски, снижение веса, нарушение сна с ранним пробуждением). Трое ухаживающих находились в состоянии длительной (более 2 лет) неглубокой депрессии. При расспросе выяснялось, что они ощущают себя попавшими в безвыходное положение, находящимися на «круглосуточном ежедневном дежурстве», и они утратили способность получать удовольствие от ранее любимых занятий. Это состояние было оценено как дистимия. У остальных (21 человек) депрессии по структуре были тревожными, реактивно окрашенными, и их течение полностью зависело от состояния подопечных пациентов, то есть эти состояния соответствовали как критериям депрессивного эпизода, так и категории МКБ-10 «Расстройство приспособительных реакций». Следует отметить, что только у 6 из ухаживающих лиц с депрессией ранее в анамнезе присутствовали депрессивные эпизоды, у остальных 22 человек данный эпизод был первым.

Отмечалась низкая обращаемость за медицинской помощью и комплаентность ухаживающих лиц при резко сниженном качестве жизни. Характерно, что из группы ухаживающих лиц с депрессией только один человек обратился к психиатру по своей инициативе. У остальных эти расстройства были впервые выявлены при расспросе и их оценке в ходе обследования. Внимание ухаживающих лиц было полностью сосредоточено на пациенте, они не считали, что сами нуждаются в помощи врача, и полностью объясняли свое болезненное состояние тяжелой ситуацией, связанной с уходом за пациентом. Несмотря на высокие оценки по Гериатрической шкале депрессии (в ряде случаев более 9 баллов, что соответствует тяжелой депрессии), ухаживающие лица сохраняли способность заботиться о себе и подопечном пациенте, что в целом характерно для психогенных депрессий, которые не сопровождаются выраженной психо-моторной заторможенностью. Оценка по шкале GerDS среди ухаживающих лиц оказалась выше, чем в группе сравнения (медиана 4 и 3 балла соответственно,  $p < 0,05$ ). Основным фактором, влияющим на выраженность депрессии у ухаживающих лиц из обследованной популяции, оказался не когнитивный дефицит подопечного пациента (оценка по шкале MMSE), а имеющиеся у него психотические и поведенческие симптомы деменции (ППСД), которые оценивались по шкале NPI. В проведенных ранее зарубежных исследованиях выявлено более выраженное влияние на частоту и выраженность депрессии ухаживающего лица ППСД пациента с деменцией, но не степени его когнитивного дефицита [Ferrara M., 2008]. У женщин оценка выраженности депрессии по GerDS оказалась выше, чем у мужчин, и депрессия наблюдалась чаще у женщин (у 40,0% из всех женщин

и у 19,5% из всех мужчин), что типично и для общей пожилой популяции. При этом на выраженность депрессии не влияли наличие у ухаживающего лица ApoEε4(+) генотипа, уровень его образования или присутствие у него синдрома МКС. Выраженность депрессивных расстройств достоверно коррелировала с выраженностью поведенческих и психотических расстройств у пациента, а именно возбуждения, эйфории, расторможенности, раздражительности и нарушений сна, оценивавшихся по шкале NPI. Данная зависимость сохранялась и при катamnестическом обследовании (Таблица 2), но также значимыми факторами для выраженности депрессии у ухаживающего лица стали аномальная двигательная активность и бред.

Таблица 2. Коэффициенты корреляции между выраженностью депрессии (оценка по шкале GerDS) ухаживающего лица и оценкой пациента по шкалам MMSE и NPI на момент начала исследования и при катamnестическом обследовании. \*слабая корреляционная зависимость. \*\*умеренная корреляционная зависимость. Для всех коэффициентов корреляции  $p < 0,05$ .

Показатели состояния пациента		Коэффициент корреляции с GerDS ухаживающего	
		на момент начала исследования	при катamnестическом обследовании
Оценка когнитивного функционирования пациента с деменцией по шкале MMSE		0,08	-0,09
Оценка ППСД у пациента по шкале NPI (суммарная оценка)		0,27*	0,31*
NPI (отдельные расстройства)	Бред	0,10	0,20*
	Галлюцинации	0,06	0,02
	Возбуждение	0,41**	0,45**
	Депрессия	0,14	0,19
	Эйфория	0,27*	0,22*
	Апатия	0,09	0,17
	Расторможенность	0,36*	0,32*
	Раздражительность	0,34*	0,28*
	Аномальная двигательная активность	0,21	0,35*
	Нарушения сна	0,41**	0,47**
	Нарушения аппетита	0,20	0,15

Таким образом, более выраженные психотические и поведенческие расстройства у подопечного значимо коррелируют с выраженностью депрессии у ухаживающего лица. Направленность подобной связи может быть двусторонней, то есть с одной стороны, возможно, что ухаживающее лицо, которое находится в депрессии и предрасположено к пессимистической оценке ситуации в целом, воспринимает расстройства поведения у пациента как более выраженные. С другой стороны (и такая связь, вероятно, более значима), выраженные поведенческие и психотические расстройства у пациента провоцируют депрессию ухаживающего лица и усугубляют ее.

Практическим выводом из связи оценок подопечных пациентов по NPI с депрессией ухаживающего лица может быть то, что подшкалу стресса шкалы NPI можно использовать как инструмент для выявления возможной депрессии у ухаживающего лица. В то время, когда врач-невролог или психиатр проводит тестирование когнитивных функций пациента, ухаживающее лицо может заполнять опросник NPI, давая врачу, во-первых, информацию о поведенческих и психотических расстройствах у пациента (часто ухаживающие лица затрудняются сделать это на приеме в присутствии пациента), а во-вторых, позволяя оценить уровень субъективного стресса ухаживающего лица и при высоком стрессе провести оценку депрессии по другим шкалам (например, GerDS) и далее оценить состояние психопатологическим методом.

Ожидаемой была положительная корреляция подшкал NPI (расстройств и стресса) между собой, и она оказалась статистически значимой (коэффициент корреляции Спирмена 0,72,  $p < 0,05$ ). Тем не менее, величина корреляции не достигала уровня сильной (была меньше 0,8). Это говорит о том, что стресс ухаживающего лица, вызванный поведенческими и психотическими симптомами БА, зависит не только от выраженности нарушений у пациента, но и от других факторов, возможно, личностных черт и аффективного состояния самого ухаживающего лица.

На момент начала исследования уровень ассоциации ( $\phi$ ), показывающий степень влияния функции ухода за пациентом на распространенность депрессии составил 0,22, что соответствовало умеренной связи. Относительный риск для развития синдрома депрессии в группе ухаживающих лиц по сравнению с группой сравнения составил 2,4 (95% ДИ [доверительный интервал] 1,0-5,5). Таким образом, с вероятностью 95% риск развития депрессии у лиц, ухаживающих за пациентами с БА, выше, чем в группе лиц с семейным анамнезом БА, которая оценивается как генетически отягощенная в плане факторов риска по деменции и депрессии [Mauricio, M., 2000].

Gallagher-Thompson D et al. [2001] выявили, что у носителей аллеля ApoE $\epsilon$ 4(+) генотипа в условиях стресса чаще развивается депрессия. Тем не менее, в нашем исследовании частота депрессии у носителей ApoE $\epsilon$ 4(+)

генотипа (данный аллель встречался у 21 человека, то есть у 19,0% всех генотипированных) и тех, у кого данный аллель отсутствовал (34,4% всех обследуемых) не различались. Также не выявлено значимого различия выраженности депрессии по средней оценке количества баллов шкалы GerDS в анализируемых группах у носителей ApoEε4 и тех, у кого отсутствует данный аллель, поэтому в нашем исследовании влияние данного гена на частоту и выраженность депрессии не установлено.

### Состояние когнитивных функций в исследуемых группах

Распространенность синдрома мягкого когнитивного снижения (МКС) при первичном обследовании оказалась выше в группе ухаживающих лиц (15,5%), по сравнению с группой генетических родственников пациентов (6,7%). За период наблюдения частота данного синдрома увеличилась в обеих изучаемых группах: до 27,8% в группе ухаживающих лиц и до 9,5% - в группе сравнения, причем различие между группами по частоте МКС приблизилось к статистически значимому ( $p=0,07$ ).

В Таблице 3 показаны результаты по шкале оценки когнитивного функционирования MoCA в изучаемых группах. Если исходно группы не различались по результатам оценки по шкале MoCA, то к моменту катамнеза различие достигло уровня статистически значимого ( $p<0,05$ ). За период катамнеза оценка по шкале MoCA в группе ухаживающих лиц достоверно снизилась, тогда как в группе генетических родственников она не изменилась.

Таблица 3. Характеристика когнитивных функций групп при катамнестическом обследовании (оценка по шкале MoCA) по сравнению с исходной.

Статистический показатель оценки по MoCA	Ухаживающие лица		Генетические родственники пациентов	
	Исходная оценка	Катамнестическая оценка	Исходная оценка	Катамнестическая оценка
М±σ	27,8±2,7	26,4±2,4	28,2±2,2	28,0±1,8
Медиана	28	27	28	28
Разброс	23-30	17-30	24-30	22-30

Средняя оценка по шкале MoCA в группе ухаживающих лиц составила 27,8±2,7 балла, медиана 28 баллов, разброс 23-30 баллов. В группе генетических родственников пациентов средняя оценка по шкале MoCA составила 28,2±2,2 балла, медиана 28 баллов, разброс 24-30 баллов. Различия между рассматриваемыми группами по шкале MoCA на момент начала исследования были незначимы. К началу исследования частота выявления



синдрома МКС, диагностированного в соответствии с современными диагностическими критериями [Albert, M. S. 2011], среди ухаживающих за пациентами лиц составляла 15,5% (11 человек), тогда как в группе генетических родственников пациентов распространенность данного синдрома составила 6,7% (2 человека), при этом распространенность МКС в общей популяции старше 60 лет, по данным одного из исследований, составляет 21% [Ritchie, K., 2001].

Оценка по шкале МоСА на момент катамнестического обследования в группе ухаживающих лиц оказалась значимо ниже, чем в группе сравнения (медиана 27 и 28 соответственно). Следует отметить, что этот эффект, скорее всего, не был связан с большей распространенностью депрессии в группе ухаживающих лиц, поскольку среднегрупповая оценка когнитивного функционирования по шкале МоСА не различалась у пожилых лиц с депрессией (медиана 28) и без аффективных нарушений (медиана 28) ( $p > 0,05$ ). Относительный риск для развития синдрома МКС в группе ухаживающих лиц по сравнению с группой генетических родственников пациентов составил 2,3 (95% ДИ 0,5-9,8), что является значимо повышенным риском. К моменту катамнестического обследования распространенность синдрома МКС в большей степени повысилась в группе ухаживающих лиц: она составила 33,7% (при исходной 15,5%) в группе ухаживающих лиц и 10,5% (при исходной 6,7%) в группе сравнения.

Только в группе ухаживающих лиц синдром МКС прогрессировал за период катамнестического наблюдения 28-30 месяцев до мягкой деменции у трех обследуемых (27,2% из всех лиц с синдромом МКС в группе: в 1 случае установлен диагноз постинсультной деменции и в 2 случаях - диагноз смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменции). Среди генетических родственников пациентов с деменцией, не выполнявших функцию ухода, обследуемые с синдромом МКС за тот же период сохранили уровень когнитивных функций, соответствующий данному синдрому.

Проведен анализ различий между сравниваемыми группами к моменту катамнеза по частоте синдрома МКС и деменции. Если в начале исследования группы не различались по частоте когнитивных нарушений, то к окончанию катамнестического периода в группе ухаживающих лиц распространенность синдрома МКС и деменции оказалась выше. Различие не достигало значимого уровня, однако наблюдалось на уровне тенденции ( $p = 0,077$ ). Уровень ассоциации ( $\phi$ ), показывающий степень влияния функции ухода за пациентом на частоту МКС, соответствовал уже не слабой, как при исходном обследовании ( $\phi = 0,12$ ), а умеренной связи ( $\phi = 0,20$ ). Относительный риск для развития синдрома МКС в группе ухаживающих лиц по сравнению с группой сравнения составил 3,1 (ДИ 0,8-11,9), что соответствует более высокому риску, чем в начале исследования (2,3; ДИ 0,5-9,8). Эти данные могут свидетельствовать о том, что чем более длительно ухаживающие лица выполняют функцию ухода и чем они становятся старше,

тем больше проявляется негативное влияние нагрузки по уходу на их когнитивное функционирование.

### **Состояние соматического здоровья в исследуемых группах**

В группе ухаживающих лиц частота перенесенных за период катамнеза сердечно-сосудистых катастроф (инфарктов миокарда и острых нарушений мозгового кровообращения) составила 14,1%. В этой группе 3 человека умерли (причинами были инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и рак поджелудочной железы), еще 5 человек перенесли инфаркт миокарда и 3 – инсульт, в то же время в группе сравнения только один человек перенес инфаркт миокарда и ни один не умер. Таким образом, относительный риск сердечно-сосудистых событий в основной группе составил 2,5; 95% ДИ 0,3-18,6. Тенденция к повышенному риску сердечно-сосудистых катастроф среди ухаживающих лиц может объясняться выраженностью патофизиологических изменений в организме, обусловленных хроническим стрессом, а также с присутствием депрессии [Karpfhammer H.P., 2011]. Нагрузка по уходу за пациентом с деменцией и смещение внимания на его медицинские проблемы приводит к тому, что ухаживающие лица меньше заботятся о собственном здоровье. Так, из 43 обследуемых ухаживающих лиц (60,6% от данной группы), страдающих артериальной гипертензией, только половина (21 человек) регулярно принимали гипотензивные препараты. Можно также предположить, что такой низкий показатель комплаенса способствует высокой частоте сердечно-сосудистых катастроф среди пожилых ухаживающих лиц.

### **Меры помощи лицам, ухаживающим за пациентами с болезнью Альцгеймера**

В данном исследовании некоторые из ухаживающих лиц (7 человек) нуждались в антидепрессивной и анксиолитической медикаментозной терапии. Учитывая пожилой возраст обследуемых и амбулаторный режим наблюдения, при необходимости медикаментозного лечения назначались препараты, не обладающие антихолинергическим действием: СИОЗС, пирлиндол, азафен. Четырём пациентам из 27 страдающих депрессией при первичном осмотре было назначено лечение антидепрессантами (пирлиндол, азафен, флувоксамин), поскольку у них наблюдались витальные симптомы депрессии. Трём другим пациентам были назначены анксиолитики (афобазол, гидроксизин), поскольку в клинической картине была выражена тревога. Двое обследованных отказались от медикаментозного лечения. У пролеченных лиц в течение 3 недель был достигнут положительный эффект терапии (исчезновение витальных проявлений депрессивного состояния, уменьшение тревоги).

Всем пациентам, у которых был диагностирован синдром МКС, была назначена нейропротективная и нейротрофическая терапия (холина альфосцерат, церебролизин, винпоцетин и др.). Только двое обследуемых

из 11 (18,2%) в группе ухаживающих лиц полностью выполнили за период катанеза все рекомендации. Низкий комплаенс был обусловлен рядом факторов, в частности, затратностью лечения, забывчивостью, загруженностью уходом за пациентом. В группе генетических родственников пациентов с БА комплаенс был выше: двое обследуемых, у которых был диагностирован синдром МКС принимали назначенную терапию. В ходе исследования выделено несколько критических периодов в течении БА, когда родственнику пациента особенно необходима помощь. В Таблице 4 приведено описание критических периодов, связанных с повышенным риском психических расстройств у ухаживающих лиц, а также даны рекомендации по оказанию ухаживающим лицам медицинской и психологической помощи. Для профилактики и коррекции психических нарушений в группе пожилых ухаживающих лиц (46 человек) проведено шесть психообразовательных занятий, в программу которых были включены различные вопросы, связанные с уходом за пациентом, информация о течении и проявлениях болезни, а также ознакомление с различными социально-правовыми аспектами помощи больным и их семьям. Бремя ухода, измеренное по шкале Zarit по итогам курса занятий значимо снижалось (с  $45,2 \pm 10,4$  до  $37,1 \pm 8,5$  баллов,  $p < 0,05$ ).

В целом полученные данные свидетельствуют о том, что функция ухода за пациентом с деменцией в большей степени отрицательно влияет как на психическое, так и на соматическое здоровье пожилого человека, чем генетическая отягощенность БА в семейном анамнезе. Лица пожилого возраста являются особенно уязвимой в медицинском отношении группой ухаживающих лиц, в связи с чем они нуждаются в профилактике аффективных и когнитивных расстройств (психообразовании родственников пациентов, своевременном выявлении и коррекции соматических нарушений) а также в обеспечении их социальной и психологической помощью.

Таблица 4. Основные кризисы в состоянии лиц, ухаживающих за пациентами с БА, в ходе прогрессирования заболевания у подопечных.

<b>Название кризиса</b>	<b>Условия</b>	<b>Профилактика</b>	<b>Медицинская, психологическая, социальная помощь</b>
Преддиагностический	Нет объяснения симптомам у пациента	Повышение осведомленности о деменции в обществе и доступности специализированной помощи.	Своевременная квалифицированная диагностика.
Острый психотравмирующий	Сообщен диагноз БА	Неизбежен, нуждается только в смягчении проявлений, но не профилактике. Необходимо, чтобы семья изменила поведение, а именно, начала лечение и уход.	Возможность получать стабильную комплексную амбулаторную помощь (целесообразно наблюдаться у одного врача, который при необходимости будет привлекать для консультации других специалистов, и при этом будет выполнять роль координатора по решению медицинских, социальных, психологических и юридических проблем – так называемый метод ведения случая. Психологическая помощь семье в кризисной ситуации. Предоставление доступной информация о БА.
Разочарование в лечении	Несмотря на лечение, состояние пациента закономерно ухудшается.	Формирование реалистичных представлений о целях и возможных эффектах лечения.	Информирование о течении болезни и возможностях терапии. Информирование о социально-правовых аспектах, связанных с болезнью. Психотерапевтическая и медикаментозная помощь в случае необходимости.
Истощение сил	Развитие выраженных когнитивных, поведенческих и психотических нарушений у пациента. Чрезмерная нагрузка на ухаживающее лицо.	Привлечение семьей необходимых ресурсов для отдыха основного ухаживающего лица (в том числе кратковременная госпитализация или институционализация - respite care и помощь сиделки).	Привлечение помощи со стороны близких людей и социальных служб. Отдых ухаживающего лица, по показаниям – психотерапия и медикаментозная терапия. Обучение принципам общения с пациентом, что поможет избегать конфликтов и не провоцировать агрессию пациента.
Терминальный	Неготовность семьи к терминальному состоянию пациента.	Психологическая подготовка к прогрессированию БА на всех этапах наблюдения.	Готовность врача продолжать курировать пациента. По показаниям – психотерапия и медикаментозная терапия ухаживающего лица.

Результаты диссертационного исследования «Депрессивные и когнитивные расстройства у лиц пожилого возраста, ухаживающих за пациентами с болезнью Альцгеймера» позволили сделать следующие **выводы:**

1. Уход за пациентом с БА – независимый фактор риска для развития депрессивных и когнитивных расстройств в пожилом возрасте. Это негативное влияние оказалось выражено сильнее, чем связь указанных нарушений с генетическим фактором риска – ApoEε4 (+) генотипом. Нагрузку по уходу за больными целесообразно учитывать при планировании исследований, посвященных влиянию генетических факторов на здоровье родственников пациентов с БА, рассматривая ее как фактор, который может дополнительно ухудшать состояние здоровья обследуемых.

2. Распространенность депрессии у лиц, ухаживающих за пациентами с БА, выше, чем в общей пожилой популяции (39,4% и 11,0% соответственно).

2.1 Депрессивные расстройства в группе ухаживающих чаще развиваются у пожилых женщин, что соответствует статистическим данным о распространенности депрессии в общей популяции соответствующего возраста.

2.2 Среди депрессивных расстройств у лиц, ухаживающих за пациентами с БА, преобладают реактивные тревожно-депрессивные эпизоды, которые можно рассматривать как расстройство приспособительных реакций. Однако нагрузка по уходу за больными БА может служить также и провоцирующим фактором для рецидива или дебюта эндогенных депрессий.

2.3 Выраженность депрессивных расстройств у ухаживающих лиц не зависит от тяжести деменции у подопечного пациента, а обнаруживает достоверно значимую связь с наличием у него психотических и поведенческих расстройств.

3. Ухаживающие за пациентами с БА пожилые лица чаще страдают когнитивными расстройствами, не достигающими уровня деменции, по сравнению с пожилыми кровными родственниками, не выполняющими функцию ухода (15,5% и 6,7% соответственно). На фоне ухода за пациентом с БА наблюдается более неблагоприятная динамика синдрома мягкого когнитивного снижения с более частым прогрессированием до деменции за относительно короткий катамнестический период, нежели у пожилых родственников первой степени родства больных с БА.

4. Необходимо внедрение в практику учреждений, оказывающих помощь пациентам с деменцией, методики скрининга депрессивных и когнитивных расстройств у ухаживающих лиц.

5. Психообразовательные и психотерапевтические мероприятия улучшают течение депрессивных нарушений и расстройств адаптации у ухаживающих лиц и снижают бремя болезни. Целесообразно организовывать

психообразовательные мероприятия для ухаживающих за пациентами с деменцией по следующим принципам: комплексность, интерактивность и преемственность.

6. Ухаживающие за пациентами с БА лица имеют в течение 2-летнего периода повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний и их тяжелых последствий (инфаркта и инсульта) по сравнению с группой генетических родственников пациентов, не выполняющих функции ухода (соответственно, 14,1% и 5,3%).

### **Практические рекомендации**

1) При ведении пациентов с деменцией рекомендуется одновременно оценивать психическое состояние ухаживающих пожилых лиц с помощью анкетирования и беседы, а также оказывать им психологическую и при необходимости медикаментозную помощь. Указанные меры позволят снизить бремя болезни, и в том числе стрессовую нагрузку на пожилых ухаживающих лиц, и будут способствовать снижению риска развития у них различных форм психической патологии – деменции и депрессии, а также тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний.

2) Можно совмещать получение объективной информации о поведении пациента со скринингом высокого риска по депрессии ухаживающего лица при помощи самостоятельного заполнения им опросника NPI. Для предварительного скрининга депрессии у пожилых ухаживающих лиц рекомендуется использовать шкалу GerDS.

3) Для снижения нагрузки на ухаживающих за пациентами с БА лиц необходимо не только купировать поведенческие расстройства у пациента с деменцией, но и организовывать для ухаживающих лиц психообразовательные и психотерапевтические мероприятия.

**Перспективы дальнейшей разработки темы:** Алгоритмы помощи лицам, ухаживающим за пациентами с деменцией, разработанные в данном исследовании, можно использовать в практической врачебной и психологической работе. Результаты проведенного исследования могут использоваться при подготовке и повышении квалификации врачей-психиатров, медицинских психологов.

Методологические принципы, на базе которых построено исследование, могут применяться для дальнейших научно-практических разработок в данной области. В частности, предстоит выяснить, имеются ли возрастные различия (например, у детей и сибсов больных БА) в распространенности психических нарушений когнитивного и некогнитивного спектра среди лиц, ухаживающих за пациентами с БА и другими деменциями для того, чтобы внести соответствующие корректировки в программу медико-психологической помощи и тематику психообразовательных мероприятий.

Предстоит также выяснить, имеются ли различия в эффективности психообразовательных и психотерапевтических мероприятий для профилактики депрессивных и когнитивных расстройств у ухаживающих за пациентами с БА лиц разного возраста и социального статуса (дети пациентов среднего возраста, пожилые супруги). Рационально также провести сравнение эффективности различных мер помощи ухаживающим лицам для последующей разработки методических рекомендаций по профилактике прогрессирования психических расстройств и сердечно-сосудистой патологии для этих групп населения, имеющих повышенный риск прогрессирования когнитивного дефицита и развития деменции.

#### **Список публикаций по теме исследования:**

1. Гантман, М.В. Депрессии у пожилых лиц, ухаживающих за пациентами с деменцией. [Текст] / М.В. Гантман, С.С. Кунижева. // Тезисы Всероссийской школы молодых ученых в области психического здоровья. Суздаль, Россия, сентябрь 2011. - С. 61.
2. Гантман, М.В. Психические нарушения когнитивного и некогнитивного спектра у родственников первой степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера. / Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф., Гаврилова С.И., Гантман М.В., Федорова Я.Б., Коровайцева Г.И., Кунижева С.С., Рогаев Е.И. [Текст] // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова, - 2012.- N 10. - С.8-13.
3. Гантман, М.В. Когнитивные и некогнитивные расстройства лиц пожилого возраста, ухаживающих за пациентами с болезнью Альцгеймера. [Текст] / М.В. Гантман. // Журнал неврологии и психиатрии им.Корсакова 2014 - №6 (2) – 14. - С. 48-53.
4. Гантман, М.В. Психическое здоровье лиц, ухаживающих за пациентами с болезнью Альцгеймера. [Текст] / М.В. Гантман. // Психиатрия - 2014. - №01(61). – С.61-67.
5. Гантман, М.В. Руководство по гериатрической психиатрии. / С.И. Гаврилова, Я.Б. Калын, Н.Д. Селезнева, И.В. Колыхалов, Я.Б. Федорова, В.С. Ястребов, М.В. Гантман; под ред. С.И. Гавриловой [Текст]. - М.: Пульс, 2014. – С. 316-320.

**Список используемых сокращений:**

БА	болезнь Альцгеймера
ДИ	доверительный интервал
МКС	мягкое когнитивное снижение
GerDS депрессии)	Geriatric Depression Scale (Гериатрическая шкала депрессии)
MMSE когнитивных функций)	Mini-Mental State Examination (Минитест оценки когнитивных функций)
MoCA оценки когнитивных функций)	Montreal Cognitive Assessment Scale (Монреальская шкала оценки когнитивных функций)
NPI опросник)	Neuropsychiatric Inventory (Нейропсихиатрический опросник)