

# Когнитивные расстройства позднего возраста – актуальная медицинская, социальная, психологическая проблема современности

Сиденкова А. П., к. м. н., факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки, курс психиатрии, наркологии и психотерапии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург

## Cognitive frustration of late age - the actual medical, social, psychological problem of the present

Sidenkova A.P.

### Резюме

Увеличение доли лиц старшего возраста в популяции актуализирует проблемы, связанные с их психическим здоровьем. Тяжелые когнитивные расстройства имеют высокую распространенность в популяции пожилых людей. Деменция тяжким бременем ложится на плечи членов семьи, становясь психологической и социальной проблемой для лиц трудоспособного возраста.  
**Ключевые слова:** социальное, психологическое значение деменций

### Summary

The increase in a share of senior citizens in population staticizes the problems connected with their mental health. Heavy cognitive frustration have high prevalence in population of older persons. Dementia heavy burden lays down on shoulders of members of a family, becoming a psychological and social problem for persons of able-bodied age.

**Keywords:** social, psychological value dementia

Последние десятилетия современные общества подвергаются процессам социально-демографической трансформации, для которой свойственны естественная убыль населения, резкий иммиграционный прирост и старение наций [20]. По прогнозам экспертов, к 2025 году доля лиц старшего возраста составит 9,7% всего населения Земли [20]. В Российской Федерации с 2000 года процесс демографического старения наращивает темпы за счет вхождения в пенсионный период многочисленных послевоенных поколений. В среднем за год увеличение доли представителей старших возрастных групп происходит на 0,21% [2]. Процесс постарения населения связан с перераспределением части лиц трудоспособного возраста в популяции с 38% (1999г.) до 22,4% (2006 г.) [2]. Следствием сложившейся демографической ситуации является не только нарастание социальных и медицинских проблем, связанных с лицами пенсионного возраста, их здоровьем и содержанием, но и вовлечением в эти проблемы работающих представителей общества.

Демографические тенденции Свердловской области соответствуют общемировой демографической динамике, с ежегодным приростом лиц старших групп [10]. (Рис. 1).

Актуализируя тему здоровья пожилых людей, эксперты ВОЗ указывают на особое значение состояния психической сферы этих граждан [14]. Клинико-эпидемиологические исследования отечественных специалистов показали отсутствие психических отклонений в популяции старше 60 лет лишь у 12,4% из обследованной популяции. Наиболее распространенными оказались психические расстройства непсихотического уровня

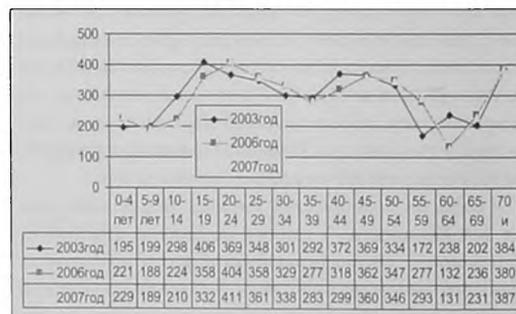


Рис. 1. Демографическая структура Свердловской области 2003-2007 г.г. (Свердловкомстат, 2008).

Ответственный за ведение переписки - Сиденкова А.П.

620219, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3;

тел.: 8 (343) 371-34-90,

факс: 8 (343) 371-64-00;

e-mail: sidenkoes@mail.ru

ия, обусловленные разнообразной органической патологией центральной нервной системы (29-30%), аффективные заболевания различного генеза (23,2%), когнитивные расстройства умеренной степени выраженности (17%), тяжелые когнитивные расстройства (деменции) (10%) [5,6]. Таким образом, возраст-специфические расстройства центральной нервной системы приобретают все большее значение, о чем предупреждают эксперты ВОЗ [14]. Европейское когортное мультицентровое лонгитюдное исследование с многолетним наблюдением за изначально здоровой популяцией, направленное на изучение распространенности психических расстройств по мере старения показало, что уровень заболеваемости для всех типов деменции достигал 10-15 новых случаев на тысячу человеко-лет и 5-8 случаев для болезни Альцгеймера, что составляло приблизительно половину от общего числа ежегодных диагнозов у представителей старших групп [20]. По данным ВОЗ, в 2005 году деменцией страдали 0,379 % мирового населения, а прогноз на 2015 год достигает значения 0,441 % и еще больший процент населения 0,556 %, может быть поражен болезнью к 2030 году [20]. В России в 2006 году проживало 1 млн. 850 тыс. людей, страдающих деменцией: из них 1 млн. 126 тыс. с легкой степенью и 724 тыс. с умеренной и тяжелой степенью заболевания [1]. Распространенность деменции в РФ оценивается в 0,79% от всего населения и по прогнозам эта цифра будет неуклонно расти [1]. В Свердловской области происходит рост удельного веса пожилых больных с различной психической патологией, увеличение доли пациентов с деменциями от общего числа психически больных и от общего числа всех пожилых пациентов (Таб. 1) [10].

Помимо высокой распространенности деменции имеют ряд клинико-социальных особенностей, определяющих их значение не только и не столько для самого больного, сколько для более широкого круга лиц [4,5,8,9]. Традиционно при характеристике любого психического расстройства учитываются показатели функциональной активности больного, автономии его личности [4,15]. В диагностические критерии синдрома деменции утра и выраженность функциональных потерь внесена в основные характеристики синдрома (МКБ-10). Дефицит социально-бытового функционирования при деменции обусловлен непосредственно когнитивным снижением, синдромальной структурой (наличие гипотимии, апатии, тревоги, психотических включений доказано снижает уровень функционирования больного), степенью поражения высших корковых функций, сохранностью ранее приобретенных копинговых стратегий и т.д. [18]. Нарушения функционирования являются самостоятельной причиной госпитализации пациентов в учреждения социальной защиты либо психиатрические стационары [8]. Изменения, происходящие с личностью больного в условиях прогрессирующего дементного процесса, трансформация прежнего «Я», его руйнирование, «уход по частям» специфичны для многих форм деменций [7,11]. При этих расстройствах нарастает частота поведенческих нарушений, появляются иные, не свойственные данному человеку формы реагирования и взаимодействия с близкими, утрачиваются прежние интересы. Снижение интеллектуальных способностей, фрагментация запасов знаний, нарушение социальной компетентности и осознания происходящих изменений специфичны для тяжелых когнитивных расстройств. Данные особенности обуславливают

**Таблица 1. Распространенность психических расстройств у лиц пожилого возраста в Свердловской области 2004-2008 г.г.**

	2004	2005	2006	2007	2008
Психические расстройства	115105	118915	115530	112058	107454
<b>Всего</b>					
Пациенты в возрасте 60 лет и старше	15844	16515	16744	17697	16736
% от общего числа	13,8%	13,9%	14,5%	15,8%	15,6%
Сосудистая деменция и др. формы старческого слабоумия (F00-F01, F02.0, F02.2-3, F03)	2260	2794	2953	3179	2932
% от общего числа больных	1,1%	2,3%	2,6%	2,8%	2,7%
% от пожилых зарегистрированных	14,3%	16,9%	17,6%	18,0%	17,5%

необходимость внешней помощи больным для осуществления их жизнедеятельности [6,9,11,14,15,19]. По данным отечественных исследователей, в РФ основная нагрузка по уходу за больными с деменцией ложится на плечи родственников, лишь в 4% случаев больные с деменциями, имея соответствующие показания, оказываются под патронажем стационарных учреждений социального обслуживания [1]. В других случаях общество несет затраты в виде непрофильной госпитализации и госпитализации («по социальным показаниям»), снижением производительности труда родственников, их меньшей производственной занятостью, увольнениями в связи с необходимостью осуществлять уход [1]. В России медицинские затраты на содержание пациентов с деменцией в 2006 году составили 74,8 млрд. рублей или 2,9 млн. долларов в год [1]. Оказывая помощь больному при уходе за ним, опекающий его родственник эмоционально вовлекается в процесс взаимодействия. Совместное проживание с человеком, страдающим деменцией, являясь пролонгированной стрессовой ситуацией для членов семьи, рассматривается самостоятельным фактором риска невротических, депрессивных расстройств, расстройств адаптации, нарушений иммунных функций [7,9,11,19], развития онкологических заболеваний у лиц, осуществляющих уход за больным [22]. Отдельными авторами отмечено, что многие опекуны не только пребывают в условиях стресса, но и страдают соматическими заболеваниями, которые остаются незамеченными или игнорируются, поскольку они практически не обращаются за медицинской помощью в отношении собственного здоровья [19,22]. Выявлены статистически значимые корреляционные связи длительного ухода за дементным больным с высоким уровнем психической дезадаптации и повышенной смертности ухаживающих [22]. Ухаживающие лица часто не имеют возможность иметь собственный круг общения, некоторых людей факт родства с дементным человеком, заставляет серьезно размышлять о жизни и смерти, как их больного родственника, так и собственной [16,17]. «Бремя забот» увеличивают этические проблемы, связанные с распределением забот и моральным долгом осуществлять уход, «столкновения» с обязанностями в отношении других членов семьи, перераспределение финансовых средств, помещение человека в учреждение для долгосрочного ухода, необходимость в принуждении, интимный (сексуальный) уход, применение лекарственных препаратов и средств с чрезмерным седативным действием, чувство вины, долг и религиозные убеждения, утрата способности общаться и потеря «Я» и др. [16,17]. Нарушение функционирования, снижение автономности, поведенческие расстройства в структуре деменции, изменение семейного социально-психологического статуса больного приводит к изменениям ролевого функционирования самого больного и его окружения. В случае дементирующего процесса типичные поколенческие конфликты, часто сопровождающие старение родителей и необходимость перераспределения внутрисемейных ролей усугубляются, увеличивая эмоциональную нагрузку и на больного и на родственника, создавая условия для

трансформации семейно-ролевой структуры, что приводит к разобщению членов семьи, развитию созависимости, или, напротив, ее сплочению [9,13].

Итак, проблема деменций выходит за рамки сугубо медицинских проблем, являясь значимой социальной, психологической, в ряде случаев юридической проблемой, вовлекающей в круг заинтересованных лиц трудоспособного возраста. Очевидная актуальность данной темы предполагает высокую активность в диагностике и получении помощи. Между тем, данные литературы, собственные наблюдения и исследования противоречат этому предположению [12,13]. По данным Свердловкомстата, численность населения старше 60 лет в 2006 году составила 748000 человек, в этом же году было зарегистрировано 2953 пациента с сосудистой и другими формами старческой деменции (по форме официальной статистической отчетности) [10]. Т.е. распространенность деменций позднего возраста среди лиц старше 60 лет в 2006 году в Свердловской области официально составила 0,39%. Для сравнения, данные о распространенности деменций согласно результатам эпидемиологических исследований и статистической модели: в 2006 году в России проживало около 18 миллионов пожилых лиц (Госкомстат, 2007), ориентировочное число пациентов с деменцией 1200-1500 тысяч (по статистической модели), т.е. распространенность деменций составила 6,7%-8,3% среди лиц старше 60 лет [2]. Согласно расчетам этой же статистической модели в Свердловской области в 2006 году предполагаемое число лиц с деменцией составило 47124-62084 человек. Сравнивая выше приведенные данные официальной статистики с результатами вычислений по статистической модели, в Свердловской области официально зарегистрировано 6,3%-8,3% от всех случаев деменции, что свидетельствует о гиподиагностике умеренной, умеренно-тяжелой и тяжелой форм деменции. Причинами гиподиагностики когнитивных расстройств являются низкая первичная обращаемость за специализированной помощью и низкая первичная диагностика этих состояний [12,13]. Изучение проблем низкой обращаемости за медицинской помощью в случае когнитивных нарушений показало, что одной из важных причин этого является низкий уровень распознавания, «идентификации» когнитивных расстройств у лиц пожилого возраста в популяции [12,13]. Степень «узнавания» психических расстройств влияет на уровень их выявляемости. В качестве частного примера указывается, что болезнь Альцгеймера, являясь наиболее частой причиной деменции, часто недооценивается и не диагностируется, вследствие этого многие пациенты не получают адекватную терапию [6]. Результаты социометрического исследования выявили, что недостаточность когнитивных функций, вплоть до умеренных и тяжело выраженных, оценивается в общей популяции и среди врачей первичного звена как «возрастные особенности», не требующие отдельного терапевтического вмешательства [12,13]. С этими сведениями коррелирует низкий объем амбулаторно-лечения, принимаемого пациентами с деменциями до госпитализации (16,3-40,8%), при условии, что все паци-

енты находились под постоянным наблюдением участкового терапевта или невролога [13]. Анализ объема реализованных (по данным аптечных сетей) противодементных специализированных средств в 2008 году в Свердловской области, в том числе по льготным спискам, показал, что в среднем ежемесячно получает противодементную терапию 307 человек, что составляет 10,4% от всех зарегистрированных пациентов с деменцией на соответствующий период и составляет 0,63% от общей потребности всех болеющих (в соответствии с расчетами статистической модели). Относительная доступность геронтопсихиатрической помощи не приводит к полному охвату всех нуждающихся в ней больных. По данным московских авторов, в процессе эпидемиологического обследования всем нуждающимся была предложена психиатрическая помощь, однако в дальнейшем, к психиатру обра-

тилось всего лишь 10% из тех, кому такая помощь была рекомендована [6]. Гиподиагностика когнитивных расстройств у лиц старших возрастных групп специфична не только в рамках низкой обращаемости в психиатрическую службу; с данными жалобами к неврологам, либо к врачам иных специальностей обращается не более 16,5% от всех лиц, имеющих когнитивные проблемы [3].

Таким образом, проблема деменции помимо низкой диагностики сочетается с проблемой крайне низкого комплаенса родственников, ухаживающих за больными с деменцией, несмотря на то огромное бремя, которое они несут, осуществляя уход. Проблема деменции имеет глубокие психологические, психосоциальные корни и требует системного анализа и подхода, а также осторожности и первичной диагностики в случае любого взаимодействия пациента с когнитивным расстройством с врачом любой специальности. ■

## Литература:

1. Белоусов Ю.Б., Чикина Е.С., Медников О.И. Фармакоэкономические аспекты лечения деменции в РФ. РМЖ, т.13, №20, 2005
2. Воробьев П.А., Аксентьева М.В., Юрьев А.С., Сура М.В. Клинико-экономический анализ (оценка, выбор медицинских технологий и управление качеством медицинской помощи). М.: Ньюдиамед, 2004. 404 с.
3. Дробинцев М.Ю. Распространенность психических расстройств в общемедицинской сети и потребность в психофармакотерапии. Психиатри и психофармакотерапи. 2002. №3. С. 175-180.
4. Дуди Р. Верс Й. Шмотт Ф. Мебиус Х. Анализ кооперированного исследования болезни Альцгеймера в части показателей повседневной активности, модифицированных под т. желую деменцию (ADCS-ADL19); Сб. Деменци и когнитивные нарушения у пожилых 18: 227 - 232 (2004).
5. Зозул Т.В. Эпидемиологическое исследование психически больных пожилого и старческого возраста и вопросы организации медико-социальной помощи; Дисс...доктора мед.наук. 1998
6. Калын Я.Б., Браун А.Л. Деменция альцгеймеровского типа: эпидемиологи и факторы риска. Психиатри и психофармакотерапи. 2001. том 3, №2
7. Михайлова Н.М. Невротические расстройства у пожилых пациентов общей практики. Русский медицинский журнал. Т.1. №4. 1998
8. Пиетил И., Дорофеева В., Похьялайнен П. Состо ине здоровь , функциональные возможности и использование услуг медицинской и социальной служб пожилыми лицами, проживающими в Санкт-Петербурге. Успехи геронтологии. 2002. Вып.9. С.249-256
9. Рова Т.Л. Уровень эмоционального выгорания и уровни невротизации как показатели качества жизни родственников, ухаживающих за больными с деменцией. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2001, №1, С.76-80
10. Свердловская область в 2003-2007 годах. Статистический сборник. Екатеринбург. 2008. 254 с.
11. Семенова Н.В., Задорожн Е.В., Татуль н.С.Е. Вли -ние клинико-anamnestических и социально-семейных факторов на качество жизни психически больных позднего возраста. Клинические и социально-психологические аспекты качества жизни психоневрологических больных в современном обществе. Сб. тезисов научно-практической конф. с международным участием 2003 г. - СПб., 2003 - С.89-90
12. Сиденкова А.П. Особенности идентификации психических расстройств позднего возраста. Российский психиатрический журнал. №1. 2009. С.44-49
13. Сиденкова А.П., Семке А.В. Психосоциальные причины низкой вы.вл емости и поздней диагностики когнитивных расстройств у лиц старших возрастных групп. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. №4. 2008. С.11-14
14. Diwan, S., Hougham, G. W. & Sachs, G. Strain experienced by caregivers of dementia patients receiving palliative care: findings from the Palliative Excellence in Alzheimer Care Efforts (PEACE) Program. Journal of Palliative Medicine. 2004. 7, 797-807
15. Feldman H., Van Baelen B., Kavanagh S., Torfs K. Cognition and caregiving time patterns in patients with mild-to moderate Alzheimer disease: a 12-month analysis. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2005.19: 29-36
16. Hope T., Oppenheimer C. Ethics and the psychiatry of old age. In Psychiatry in the Elderly, 2nd edn, Jacoby R., Oppenheimer C (eds). Oxford University Press: 1997. Oxford; 709-735
17. Hughes J.C., Hope T., Savulescu J. Carers, ethics and dementia: a survey and review of the literature. International Journal of Geriatric Psychiatry 2002.17: 35-40
18. Krahn M. Utility-based quality of life measures in Alzheimer's disease. Qual Life Res. 2006.15:631-643
19. MacLennan, W. Caring for carers. Age and Ageing. 2006. Vol. 27. P.651-652.
20. National Collaborating Centre for Mental Health. Clinical Guideline 42 Dementia: Supporting People with Dementia and their Carers in Health and Social Care. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2006.
21. Qstman M. and Kjellin L. Stigma by association Psychological factors in relatives of people with mental illness. The British Journal of Psychiatry 2002; 181: 494-498
22. Schulz R., Beach S. Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effects study. 2003. JAMA 282: 2215-221