

Д. А. Волощук

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОВЕДЕНОГО КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ З СУДИННОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ ТА ЧЛЕНІВ ЇХ РОДИН

Одеський національний медичний університет

Summary. Voloshchuk D. A. **COMPARATIVE ANALYSIS EFFICIENT INTEGRATED MEDICAL AND SOCIAL SUPPORT PATIENTS WITH VASCULAR DEMENTIA AND THEIR FAMILIES MEMBERS.** - *Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine.* E-mail: psyhotip@gmail.com. Patient's disease from vascular dementia is a factor that has a negative impact on quality of life, not only the patient, but also on the quality of life of his family, so the family members who care for the terminally ill, have increasingly become the focal point of research and analysis at the present stage. In this article, the author presents a detailed analysis of the effectiveness of the application of integrated medical and social support of patients with vascular dementia and their relatives. The study was conducted in four stages: stage of psycho-diagnostics, complex therapy stage, the analysis conducted by the therapeutic sector and stage of outpatient medical and social support.

Key words: medical and social support, vascular dementia, relatives of patients, psycho-emotional characteristics, personality traits of patients with vascular dementia.

Реферат. Волощук Д. А. **ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОВЕДЕНОГО КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ З СУДИННОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ ТА ЧЛЕНІВ ЇХ РОДИН.** Хвороба пацієнта з судинною деменцією є фактором, який чинить негативний вплив на якість життя не тільки самого пацієнта, але й на якість життя його родини, саме тому родичі, які доглядають за невиліковними хворими, все частіше стають центральним об'єктом дослідження та аналізу на сучасному етапі. У наведеній статті, автором представлено розгорнутий аналіз ефективності застосованого комплексного медико-соціального супроводу пацієнтів, що страждають на судинну деменцію та їх родичів. Дослідження проводилось в чотири етапи: етап психодіагностики, етап комплексної терапії, аналіз проведеного терапевтичного комплексу та етап амбулаторного медико-соціального супроводу.

Ключові слова: медико-соціальний супровід, судинна деменція, родичі хворих, психоемоційні особливості, особистісні особливості пацієнтів з судинною деменцією.

Реферат. Волощук Д. А. **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНОГО КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ.** Болезнь пациента с сосудистой деменцией является фактором, который оказывает отрицательное влияние на качество жизни не только самого пациента, но и на качество жизни его семьи, поэтому родственники, ухаживающие за неизлечимыми больными, все чаще становятся центральным объектом исследования и анализа на современном этапе. В этой статье, автором представлено развернутый анализ эффективности примененного комплексного медико-социального сопровождения пациентов, страдающих сосудистой деменцией и их родственников. Исследование проводилось в четыре этапа: этап психодиагностики, этап комплексной терапии, анализ проведенного терапевтического комплекса и этап амбулаторного медико-социального сопровождения.

Ключевые слова: медико-социальное сопровождение, сосудистая деменция, родственники больных, психоэмоциональные особенности, личностные особенности пациентов с сосудистой деменцией.

Вступ. Деменція на сьогоднішній день є однією з найбільш значущих медичних та соціально-економічних проблем сучасного суспільства, що пов'язано як з вираженою інвалідацією і зниженням якості життя пацієнтів, так і з погіршенням якості життя родичів або інших осіб, які здійснюють догляд за пацієнтами з СД [2, 8]. Поширеність деменції є досить високою – серед осіб у віці до 60 років вона становить 1-5 %, у віці 80-89 років – до 20 %, а у віці старше 90 років практично до 50 % [3, 6, 9]. Чоловіки страждають на судинну деменцію приблизно в 1,5 рази частіше, ніж жінки [1, 7].

Судинна деменція – це розлад поліетіологічної природи різних синдромів, пов'язаних між собою поразкою капілярних мереж головного мозку з подальшою загибеллю нейронів [2, 6]. Виразність когнітивних порушень при судинному ураженні головного мозку вельми варіабельна – від мінімальної дисфункції до важкої деменції [5, 8, 11]. Перспективним напрямком є виявлення пацієнтів з найбільш ранніми формами когнітивного зниження, що забезпечує ранній початок лікування та його більшу ефективність, дозволяє підтримувати працездатність і якість життя хворого протягом тривалого часу [10].

Викладення основного матеріалу

Метою дослідження була наступна: на основі вивчення клініко-психопатологічних та соціальних особливостей пацієнтів з судинною деменцією, а також закономірностей формування дезадаптації у їх родичів, розробити комплексний медико-соціальний супровід хворих та їх родин.

На протязі 2014-2017 рр. на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» було обстежено 179 пацієнтів з судинною деменцією. З них, згідно критеріїв включення-виключення, а також з інших причин (смерть пацієнта, зміна місця проживання, відмова від участі в дослідженні) у дослідження увійшли 163 хворих на судинну деменцію та 163 їх родича. Дослідження проводилось з дотриманням принципів медичної етики та деонтології. Родичів хворих було інформовано про тему та мету наукової роботи, а також про заходи фармакотерапії, психотерапії та медико-соціального супроводу, які проводились в дослідженні. В ході роботи дослідженням (хворим та їх родичам) неодноразово підкреслювалось, що участь у дослідницькій роботі є цілком добровільною та конфіденційною, також їм роз'яснювалось право відмови від дослідження на будь-якому з етапів.

До участі в дослідженні були допущені особи, які відповідали наступним вимогам:

пацієнти: мали встановлений діагноз судинної деменції (F 01); не мали тяжких супутніх соматичних захворювань; входили до вікової групи 49-94 років;

родичі, які здійснювали догляд за пацієнтами з СД: дали письмову згоду на участь у дослідженні; прочитали та усвідомлювали дані, наведені в інформованій згоді, а також розуміли та виконували інструкції використаних у дослідженні психологічних методик та тестів.

Критерії виключення з дослідження наведені нижче:

пацієнти: мали інший тяжкий супутній соматичний діагноз або соматичне захворювання в стадії загострення; не входили до вказаної вікової групи;

родичі: які не дали письмову згоду на участь у дослідженні.

Таким чином, серед загальної кількості обстежених до участі у подальшій роботі було відібрано 163 хворих на судинну деменцію та 163 їх родича.

Основна кількість досліджених пацієнтів входили до групи осіб похилого та старечого віку – 93,87 %.

В процесі дослідження було використано комплекс методів дослідження, а саме: соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний, статистичний.

Психодіагностичне дослідження проводилось в двох когортах: в групах пацієнтів та їх родичів. Для пацієнтів було обрано наступний перелік експериментально-психологічних методик: скорочену шкалу оцінки психічного статусу Mini-Mental State Examination (MMSE) за авторами Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R., 1975 року; Монреальську шкалу когнітивної оцінки (MoCA); психіатричну шкалу обмеження життєдіяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я – Psychiatric Disability Assessment Schedule (DAS); методиками вибору для діагностики родичів пацієнтів з СД стали: опитувальник самооцінки емоційного стану (Н. О. Марута, 2001) для дослідження спектру психоемоційних переживань, шкала Гамільтона (англ. Hamilton Rating Scale for Depression, 1960 року); шкалу оцінки астенії MFI (Multidimensional Fatigue Inventory) – 20 (Smets E. M.,

1995); Фрайбурзький особистісний опитувальник (за J. Fahrenberg, H. Selg, R. Hampel, 2001 року; багатовимірний шкала сприйняття соціальної підтримки – MSPSS; Д. Зимет; адаптація В. М. Ялтонський, Н. А. Сирота, 1994 року; методика Mezzich, Coher, Ruizezer, Liu & Yoon (1999) та методики діагностики індексу життєвого стилю Плутчика-Келлермана-Конте (Life Style Index), адаптованого Л. І. Вассерманом, О. Ф. Єришевим, Є. Б. Клубовою (1998) [9].

Статистичну обробку отриманих даних та побудову діаграм виконували за допомогою програм Excel та статистичного пакету «Statistica 7.0. for Windows». В усіх випадках порівнянь визначалася ймовірність розходжень «р». Розходження урахувалися як статистично значимі при $p < 0,05$.

Дослідження проводилось в чотири етапи. Перед початком дослідження пацієнтів було розділено на дві групи – Г1 (п) та Г2 (п) за ступенем виразності когнітивних та емоційних порушень в структурі СД. До першої групи увійшли пацієнти з легким ступенем, а до другої групи – з помірним ступенем порушень за шкалою «Скорочена шкала оцінки психічного статусу» (Mini-Mental State Examination). Так, в результаті розподілу, до Г1 (п) увійшли 76 пацієнтів, до Г2 (п) – 87 осіб з СД. До дослідження було включено пацієнтів, які набрали від 11 до 24 балів за вищезгаданою шкалою (11-19 балів – помірний ступінь деменції, 20-24 бали – легкий ступінь деменції). Особи з окремими когнітивними порушеннями по допомогу не звертались. Пацієнти з важкою деменцією не були включені до дослідження, бо вони потребували іншого підходу до надання допомоги та окремого комплексу специфічної терапії.

Родичі пацієнтів, які увійшли до груп дослідження, утворили, відповідно, дві групи Г1 (р) (76 осіб) та Г2 (р) (87 осіб).

Дизайн дослідження представлено на рис. 1.

На першому етапі дослідження, з урахуванням критеріїв включення-виключення, було сформовано дві групи пацієнтів з СД (Г1 (п) та Г2 (п)). Розподіл здійснювався за рівнем розвитку когнітивних функцій хворих та ступенем їх загальної дисфункції, який визначався за даними клінічних спостережень, а також за допомогою психодіагностичних методик. Так, до Г1(п) увійшли 76 осіб з легким ступенем когнітивних порушень, а до Г2(п) – 87 осіб з помірним ступенем.

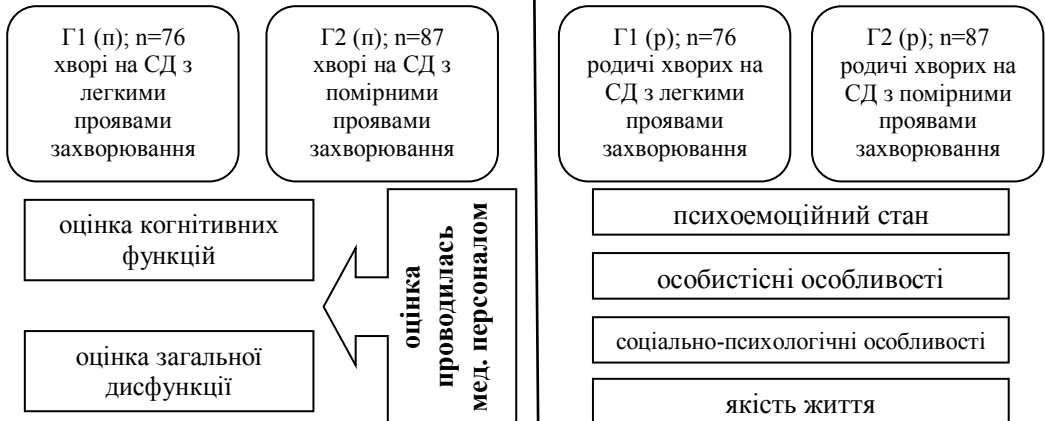
Згідно до умов дослідження, кожного хворого на СД супроводжував один член родини, який був мотивований на участь в програмі дослідження та з яким укладався психотерапевтичний контракт. Таким чином, родичі пацієнтів обох груп аналогічно утворили Г1(р) – 76 осіб, та Г2(р) – 87 осіб. У групах родичів проводилась оцінка їх психоемоційного стану, особистісних особливостей та якості життя.

На другому етапі дослідження кожна з обстежених груп було розділено на дві підгрупи (основну та порівняльну), в результаті чого утворились чотири групи пацієнтів з СД (дві основних – ОГ1(п) та ОГ2(п); і дві групи порівняння – ГП1(п) та ГП2(п)), та, відповідно їм, чотири групи родичів (дві основних – ОГ1(р) та ОГ2(р); і дві групи порівняння – ГП1(р) та ГП2(р)). На підставі отриманих результатів, нами було розроблено окремі терапевтичні комплекси для пацієнтів та їх родичів, які проводились виключно в основних групах дослідження. Комплекс для основних груп хворих на СД включав загальноприйнятну фармакотерапію та авторський «Тренінг соціально-побутових навичок». Для основних груп родичів було проведено низку психотерапевтичних заходів, які включали психоосвіту та екзистенційну терапію. В групах порівняння, до складу яких входили пацієнти з СД, проводили суто базові фармакотерапевтичні інтервенції; в групах порівняння, які утворили родичі пацієнтів, не проводилось жодних заходів.

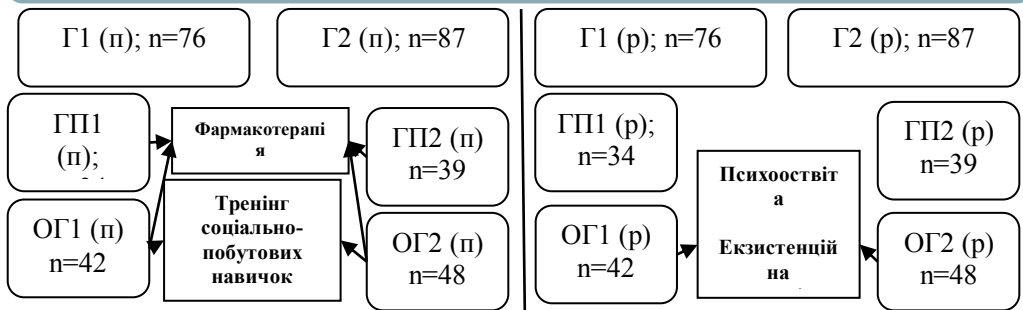
Третій етап – аналіз ефективності проведеного комплексу, дозволив оцінити результативність авторського комплексу терапії шляхом порівняння основних груп та груп порівняння.

На етапі амбулаторного медико-соціального супроводу було впроваджено програму довгострокового супроводу родичів хворих на судинну деменцію. Програма включала в себе ведення сформованих раніше психотерапевтичних груп родичів та створення Інтернет-ресурсу для можливості консультування та надання психологічної допомоги учасникам дослідження.

I. ЕТАП ПСИХОДІАГНОСТИКИ



II. ЕТАП КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ



III. АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОВЕДЕНОГО ТЕРАПЕВТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ

IV. ЕТАП АМБУЛАТОРНОГО МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ

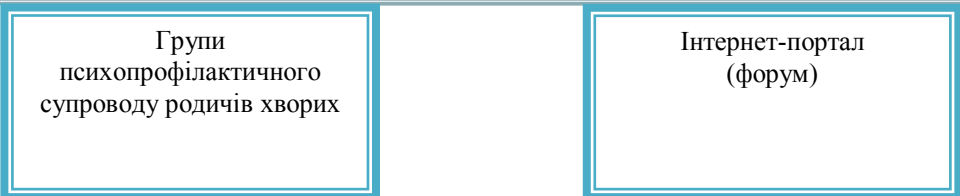


Рис. 1. Дизайн дослідження

Проведене дослідження дозволило зробити заключення, наведені нижче.

Серед загальної когорти досліджених з СД 46,63 % осіб мали деменцію легкого ступеня виразності (Г1(п)), 53,37 % досліджених (Г2(п)) характеризувались помірним ступенем виразності деменції. Пацієнти Г2(п) мали достовірно менші середні показники за факторами «оптико-просторова діяльність», «увага» та «орієнтування» порівняно з дослідженими Г1(п) ($p \leq 0,05$). Більша виразність дисфункцій за показниками «називання», «абстрактне мислення», «відстрочене відтворення» також характеризувала осіб Г2(п), проте достовірної різниці за даними факторами в групах визначено не було ($p > 0,05$).

Рівень соціального функціонування в Г1(п) був достовірно вищим у порівнянні з

G2(p) за показниками «самообслуговування», «інтереси та зайнятість», «діяльність у родині та в побуті», «спілкування та ізоляція», «участь в домашніх справах», «сімейна роль», «шлюбна роль», «батьківська роль», «соціальні контакти», «зацікавленість і поінформованість», «поведінка в нестандартних і складних ситуаціях» ($p \leq 0,05$). Рівень мінімальної дисфункції виявлявся в ГП1(p) та ГП2(p), здебільшого, стосовно загальної поведінкової дисфункції; показники у сфері виконання соціальних ролей знаходились в площині очевидної, серйозної або дуже серйозної дисфункції.

Добра та задовільна адаптація характеризувала в достовірно більшому ступені пацієнтів Г1(p) у порівнянні з хворими Г2(p) (Г1(p) – 19,73 %, Г2(p) – 6,90 %). Взагалі дезадаптивні прояви в різному ступені відмічались у 80,27 % пацієнтів Г1(p) та 93,10 % досліджених Г2(p). Дуже погана адаптація достовірно частіше відмічалась в групі пацієнтів з помірним ступенем когнітивних порушень при деменції ($p \leq 0,05$).

Загальними індивідуально-психологічними рисами родичів пацієнтів з СД, які належали до Г1(p) та Г2(p) були підвищення значень за показниками «невротичність» (Г1(p) – 6,3 бали; Г2(p) – 7,8 бали), «спонтанна агресивність» (Г1(p) – 6,2 бали; Г2(p) – 8,1 бали), «роздратованість» (Г1(p) – 6,1 бали; Г2(p) – 8,3 бали), «реактивна агресивність» (Г1(p) – 6,4 бали; Г2(p) – 8,2 бали), «емоційна лабільність» (Г1(p) – 6,3 бали; Г2(p) – 7,6 бали). Достовірно більш виразними в Г2(p) були показники за «спонтанною агресивністю», «роздратованістю», «реактивною агресивністю» та «емоційною лабільністю», «невротичністю» ($p \leq 0,05$). Для осіб Г1(p) в більшому ступеню були притаманними «врівноваженість», «комунікабельність» та «відкритість».

В обох групах родичів спостерігалась менша виразність емоцій позитивного полюсу при переважанні негативних емоційних переживань (Г2(p) – 54,02 %; Г1(p) – 34,21 %). В Г2(p) 37,93 % досліджених відрізнялись високим рівнем тривоги, що було достовірно частіше, ніж в групі Г1(p) ($p \leq 0,05$). Досліджені Г2(p) вдвічі частіше, у порівнянні з Г1(p), мали високий рівень депресії (Г2(p) – 31,03 %; Г1(p) – 17,11 %). В обох групах досліджених відмічались достатньо високі показники за рівнем астенії, зниження активності та мотивації (Г2(p) – 35,63 %; Г1(p) – 21,05 %).

Серед соціально-спрямованих копінгів в групах родичів пацієнтів з СД найбільш часто використовувався механізм інтелектуалізації, при цьому достовірно більш високим був середній бал за ступенем напруженості в Г2(p) (Г1(p) – 52,5 бали; Г2(p) – 59,4 бали). На другому місці за частотою використання була стратегія «проекції» (Г1(p) – 50,6 бали; Г2(p) – 57,9 бали). Також характерними захисними копінг-стратегіями в групах досліджених були стратегії «заперечення» (Г1(p) – 48,1 бали; Г2(p) – 59,3 бали) та «витіснення» (Г1(p) – 42,4 бали; Г2(p) – 51,9 бали). Особи, які здійснювали догляд за пацієнтами з СД, відмічали, що не отримують достатньо підтримки від інших осіб, зокрема від інших членів родини (середній бал в Г1 (p) – 1,9 бали; в Г2 (p) – 1,4 бали), а також від значимих інших (середній бал в Г1 (p) – 0,9 бали; в Г2 (p) – 0,6 бали).

У досліджених обох груп родичів відмічалось зниження загального сприйняття якості життя (Г1 (p) – 3,5 бали; Г2 (p) – 2,9 бали). Найбільш значне зниження відмічалось щодо показників соціо-емоційної підтримки (Г1 (p) – 4,1 бали; Г2 (p) – 2,9 бали), громадської та службової підтримки (Г1 (p) – 3,7 бали; Г2 (p) – 2,6 бали), самореалізації (Г1 (p) – 3,0 бали; Г2 (p) – 2,1 бали) та духовної реалізації (Г1 (p) – 2,9 бали; Г2 (p) – 2,2 бали). Зниження, за вищенаведеними показниками було більш значним в Г2 (p) у порівнянні з Г1 (p) ($p \leq 0,05$).

Автором статті було науково обґрунтовано та розроблено комплексний медико-соціальний супровід для хворих на судинну деменцію, який складався з декількох блоків: фармакотерапія, тренінг соціальних навичок, адаптація та організація середовища, та доказав свою ефективність в процесі впровадження. В ОГ1(p) кількість пацієнтів з добрим та задовільним ступенем адаптації (когнітивної спроможності, розвитку соціально-побутових навичок, використання адаптивних копінг-стратегій) збільшилась на 54,76 %, в ОГ2(p) кількість задовільно адаптованих осіб збільшилась на 56,25 %.

В межах комплексного медико-соціального супроводу запропоновано заходи для членів родин пацієнтів з СД. Результати власної оцінки якості життя родичів пацієнтів з СД свідчать про ефективність проведених терапевтичних заходів, спрямованих на даний контингент. Так, в ОГ1(p) визначено значне достовірне підвищення за всіма критеріями, які є складовими якості життя в середньому в ОГ1(p) на $2,1 \pm 0,6$, в ОГ2(p) – на $1,3 \pm 0,4$.

Висновки

1. В ОГ1(п) кількість пацієнтів з добрим та задовільним ступенем адаптації (когнітивної спроможності, розвитку соціально-побутових навичок, використання адаптивних копінг-стратегій) збільшилась на 54,76 %, в ОГ2(п) кількість задовільно адаптованих осіб збільшилась на 56,25 %.
2. В ОГ1(р) визначено значне достовірне підвищення за всіма критеріями, які є складовими якості життя в середньому в ОГ1(р) на 2,1±0,6, в ОГ2(р) – на 1,3±0,4.
3. Дані дослідження свідчать про ефективність впровадженого комплексного медико-соціального супроводу пацієнтів з СД та їх родичів.

Література

1. Варакин Ю. Я. Эпидемиология сосудистых заболеваний головного мозга / Ю. Я. Варакин // Очерки ангионеврологии. / под ред. З. А. Суслиной. – М.: Атмосфера, 2005. – С. 66-83.
2. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение / под ред. А. М. Вейна. – М: Медицинское информационное агентство, 2011. – 752 с.
3. Гаврилова С. И. Диагностика и лечение деменции в клинической практике / С. И. Гаврилова, О. С. Левин. – М.: «МЕДпресс-информ», 2010. – С. 176-193.
4. Деменции: рук. для врачей / Н. Н. Яхно, В. В. Захаров, А. Б. Локшина. – 3-е изд.- М. : МЕДпресс-информ, 2011. – 264 с.
5. Захаров В. В. Когнитивные нарушения при сосудистых поражениях головного мозга: клиника, диагностика, лечение / В. В. Захаров // Фарматека. – 2009. – №7. – С. 32-37.
6. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) [под ред. Дж. Э. Купера] / Пер. с англ. Д. Полтавца. – К.: Сфера, 2000. – 464 с.
7. Костюченко С. Сосудистая деменция: подходи и перспективи фармакологического лечения / С. Костюченко // НейроNews. – 2015. – № 5. – С. 27-32.
8. Левин О. С. Когнитивные нарушения в практике терапевта: заболевания сердечно-сосудистой системы / О. С. Левин // Cons. Med.– 2012. – № 11. – С. 55-61.
9. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / Д. Я. Райгородский – Самара: Бахрах–М, 2002. – 672 с.
10. Barrett A. M. Treatment innovation in rehabilitation of cognitive and motor deficits after stroke and brain injury: physiological adjunctive treatments / A. M. Barrett, C. E. Levy, L. J. Gonzalez Rothi // Am J Phys Med Rehabil. – 2007. – № 86. – P. 423-425.
11. Cumming J. L. Behavioral effects of current Alzheimers disease treatments / J. L. Cumming, J. Mackell, D. Kaufer // Alzheimers dementia. – 2008. – №1. – P. 49-60.
12. Hachinski V. C. Multi-infarct dementia. A case of mental deterioration in the elderly / V. C. Hachinski, N. A. Lassen, J. Marshall // Lancet. – 1974. – № 2. – P. 207-210.

References:

1. Varakin Yu.Ya. Epidemiology of vascular diseases of brains // Essays on angioneurology / Ed. Z. A. Suslina.- Moscow: Atmosphere, 2005.- С. 66-83 (Rus.)
2. Vegetative disorders. Clinics. Diagnostics. Treatment/Ed. A. Vein.- Moscow: Moscow Infor. Agency, 2011.- 752 p. (Rus.)
3. Gavrilova S. I. Diagnosis and treatment of dimensia in clinical practice.- Moscow: MEDpress-inform, 2010.- P. 176-193 (Rus.)
4. Dementias: manual for doctors/ N.N. Yakhno, et al.: 3rd ed. – Moscow: MEDpress-inform, 2011.- 264 p. (Rus.)
5. Zakharov V.V. Cognitive disorders at vascular injuries of brains: clinics, diagnostics, treatment// Farmateca.- 2009.- N7.- P. 32-37 (Rus.)
6. Pocket guide for ICD-10: Claasification of behavioural & psychological disorders .- Kiev: Sphera, 2000.- 464 p. (Rus.)
7. Kostuchenko S. Vascular dementia: approaches and perspectives of pharmacological treatmnet // NeuroNews. – 2015. – № 5. – P. 27-32 (Ukr.).
8. Levin O. S. Con'gnitive disorders in the practice of therapist: diseases of cardio-vascular system // Cons. Med.– 2012. – № 11. – P. 55-61 (Rus.).
9. Raygorodsky D.Ya. Practical psychodiagnostics. Techniques and tests: Manual. Samara: Bahkrakh–M, 2002. – 672 p. (Rus.)

11. Barrett A. M. Treatment innovation in rehabilitation of cognitive and motor deficits after stroke and brain injury: physiological adjunctive treatments / A. M. Barrett, C. E. Levy, L. J. Gonzalez Rothi // *Am J Phys Med Rehabil.* – 2007. – № 86. – P. 423-425.

12. Cumming J. L. Behavioral effects of current Alzheimers disease treatments / J. L. Cumming, J. Mackell, D. Kaufer // *Alzheimers dementia.* – 2008. – №1. – P. 49-60.

13. Hachinski V. C. Multi-infarct dementia. A case of mental deterioration in the elderly / V. C. Hachinski, N. A. Lassen, J. Marshall // *Lancet.* – 1974. – № 2. – P. 207-210.

Работа поступила в редакцию 18 июля 2016 г.

Рекомендовао к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования