

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони

здоров'я України

від 19.07.2016 р. №736

ДЕМЕНЦІЯ (вибрані положення)

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги

4.5. Лікування

1. Потреби, що виникають у зв'язку зі встановленням діагнозу «деменція». Планування медичної допомоги. Діагностика деменції є складним завданням як для людей із деменцією та членів їх сімей, так і для фахівців у галузі охорони здоров'я, тому фахівці в галузі охорони здоров'я повинні мати достатню кількість часу для обговорення діагнозу і його наслідків з пацієнтами з деменцією, а також членами їх сімей (як правило, тільки за згодою особи з деменцією). Фахівці в галузі охорони здоров'я повинні враховувати, що пацієнтам з деменцією та членам їх сімей, можливо, буде потрібна постійна підтримка для того, щоб долати труднощі, що виникли після встановлення діагнозу. Після постановки діагнозу медичні працівники повинні, якщо стан пацієнта з деменцією явно не вказує на протилежне, надати йому і його родині письмову інформацію про таке:

- ознаки і симптоми деменції;
- перебіг захворювання та перспективи;
- варіанти лікування;
- допомогу та догляд на місцевому рівні;
- групи підтримки;
- джерела фінансування та юридичну підтримку;
- медико-правові питання, включаючи керування автомобілем;
- джерела інформації на місцевому рівні, включаючи бібліотеки та волонтерські організації.

2. Будь-які поради і надана інформація мають бути задокументовані.

3. Медичні працівники повинні сприяти стимулюванню і підтримці незалежності людей із деменцією, включаючи їх пересування. Плани з надання допомоги повинні сфокусуватися на заходах повсякденної діяльності, що максимізують незалежність дій, поліпшують функціонування, адаптують і розвивають навички та мінімізують потреби в допомозі. При складанні планів з надання допомоги необхідно враховувати мінливі потреби пацієнтів з різними типами деменції. Плани з надання допомоги завжди мають включати:

- постійний склад співробітників;
- збереження звичного середовища;
- мінімізацію переміщень;
- гнучкість для адаптації до змінюваних здібностей;
- оцінку та рекомендації з планування надання допомоги щодо повсякденної діяльності і тренування відповідних навичок за допомогою трудотерапевта;
- рекомендації з оцінки та планування допомоги щодо навичок

самостійного користування туалетом; у разі нетримання необхідно оцінити всі можливі причини і спробувати застосувати відповідні варіанти лікування до того, як визнати нетримання хронічним;

- зміни середовища з метою стимулювання незалежного функціонування, включаючи допоміжні технології в супроводі рекомендацій трудотерапевта та/або клінічного психолога;
- фізичні вправи у супроводі оцінки та консультацій лікаря-фізіотерапевта (за необхідності);
- підтримку бажання людей перебувати у себе вдома і брати участь у діяльності, що приносить їм задоволення.

4. Втручання для поліпшення когнітивних симптомів і збереження функціонування людей з деменцією

А) Нефармакологічні інтервенції для поліпшення когнітивних симптомів і збереження функціонування. Пацієнтам з легкою і помірною формою деменції всіх типів слід надати можливість участі у структурованій групі програми когнітивної стимуляції. Таку участь можуть запропонувати медичні працівники за умов відповідної підготовки та нагляду незалежно від препарату, призначеного для лікування когнітивних симптомів деменції.

Б) Фармакологічні інтервенції для поліпшення когнітивних симптомів хвороби Альцгеймера

Інгібітори ацетилхолінестерази (АХЕ) – донепезил, галантамін і ривастигмін – рекомендуються як варіанти ведення легкої та помірної форми хвороби Альцгеймера. Лікування інгібіторами АХЕ має здійснюватися з дотриманням таких умов: тільки фахівці в галузі надання допомоги пацієнтам із деменцією (тобто лікарі-психіатри, лікарі-неврологи, лікарі-геріатри) повинні ініціювати лікування. Щодо вихідного стану пацієнта необхідно враховувати думку осіб, які здійснюють догляд;

- лікування слід продовжувати тільки тоді, коли воно має позитивний ефект на когнітивні, глобальні, функціональні або поведінкові симптоми;
- пацієнтів, які продовжують лікування, необхідно регулярно оглядати з використанням когнітивної, глобальної, функціональної і поведінкової оцінки. Щодо стану пацієнта в період контрольного спостереження необхідно враховувати думку осіб, які здійснюють догляд;
- при призначенні інгібітора АХЕ (донепезилу, галантаміну або ривастигміну) лікування слід почати з препарату з найменшою вартістю придбання (враховуючи необхідну добову дозу і ціну однієї дози). Однак за необхідності можна призначити альтернативний інгібітор АХЕ, зважаючи на профіль небажаних

явищ, очікування щодо комплаєнтності, супутню патологію, можливість взаємодії препаратів і профіль дозування;

- можливий профіль небажаних явищ включає ризик шлунково-кишкової кровотечі, особливо у пацієнтів із виразковою хворобою або у тих, хто приймає протизапальні препарати; брадикардію або блокаду серця у хворих з або без серцевої недостатності; загострення астми або інші захворювання легенів; обструкцію відтоку сечі; ризик нападу; пролонгацію ефектів сукцинілхоліну (міорелаксанту).

Мемантин рекомендується як варіант ведення хвороби Альцгеймера для людей з помірною формою хвороби Альцгеймера, які не переносять інгібітори АХЕ або мають протипоказання до їх застосування, або з тяжкою формою хвороби Альцгеймера.

При використанні шкал оцінки для визначення ступеня тяжкості хвороби Альцгеймера фахівці в галузі охорони здоров'я повинні брати до уваги фізичну недієздатність, сенсорні порушення, порушення здатності до навчання або проблеми зі спілкуванням, які можуть вплинути на результати тестування, і вносити корективи, які вважатимуть необхідними. Медичні працівники повинні також пам'ятати про необхідність забезпечення рівності доступу до лікування для пацієнтів різних етнічних груп, особливо пацієнтів з різним культурним багажем.

При оцінці ступеня тяжкості хвороби Альцгеймера і потреб у лікуванні фахівцям у галузі охорони здоров'я не слід покладатися виключно на оцінку когнітивної функції в ситуаціях, в яких це є недоречним. Наприклад:

- якщо оцінка когнітивної функції не є, або не є сама по собі, клінічно підходящим інструментом для оцінки тяжкості деменції конкретного пацієнта через порушення здатності до навчання або інших порушень (наприклад, сенсорних порушень), мовних або інших труднощів у спілкуванні або рівня освіти, або
- якщо застосування інструменту мовою, якою пацієнт володіє досить вільно для того, щоб використовувати його для оцінки тяжкості деменції, не є можливим, або
- якщо існують інші подібні причини того, що використання результату оцінки когнітивної функції або окремо результату не підходить для оцінки тяжкості деменції.

В) Фармакологічні інтервенції для поліпшення когнітивних симптомів деменції неальцгеймерного типу і помірного когнітивного порушення. Інгібітори АХЕ і мемантин не слід призначати в рутинній практиці для лікування когнітивного зниження у людей із судинною деменцією, за винятком використання в рамках клінічних досліджень, організованих належним чином. Інгібітори АХЕ не слід призначати в рутинній практиці для людей з ПКП.

Г) Інші препарати для лікування деменції

Церебролізін може застосовуватися при непереносимості або передбачуваній неефективності лікування у випадках легкої і помірно тяжкої деменції після спроб лікування пацієнта інгібіторами АХЕ або у випадках помірно тяжкої деменції після лікування мемантином.

Гінкго білоба може застосовуватися при непереносимості або передбачуваній ефективності лікування у випадках легкої і помірно тяжкої деменції після спроб лікування пацієнта інгібіторами АХЕ або у випадках помірно тяжкої після мемантину.

Лікування супутніх захворювань та корекція інших факторів ризику здійснюється згідно з відповідними медико-технологічними документами.

5. Втручання для поліпшення некогнітивних симптомів і проблемної поведінки у людей із деменцією

Некогнітивні симптоми включають галюцинації, маячні ідеї, депресивні розлади, неспокій, значне збудження і супутню агресивну поведінку. «Проблемна поведінка» охоплює широкий спектр труднощів, з якими часто стикаються пацієнти з деменцією і які можуть вплинути на тих, хто здійснює догляд за ними. Вона може включати агресію, збудження, безцільне ходіння, сексуальне розгальмування, апатію та агресивну мовну діяльність, наприклад крик.

А) Нефармакологічні інтервенції для ведення некогнітивних симптомів і проблемної поведінки

Пацієнтам з деменцією, у яких розвиваються некогнітивні симптоми, що викликають у них значний стрес, або у яких розвивається проблемна поведінка, необхідно на ранньому етапі запропонувати оцінку імовірнісних факторів, які можуть призвести до такої поведінки, загострити її або послабити. Оцінка повинна бути комплексною і розглядати: фізичний стан; депресію; можливий біль чи такий, що не виявився, або дискомфорт; побічні ефекти препаратів; особисту інформацію, включаючи релігійні переконання та культурну ідентичність; фізіологічні чинники; фізичні фактори навколишнього середовища; поведінковий і функціональний аналіз, виконаний спеціалістами, які мають особливі навички, у співпраці з особами, які здійснюють догляд, і працівниками соціальної служби.

Некогнітивні прояви деменції включають широке коло психопатологічних порушень різного рівня важкості, до якого належать: депресія, тривога, галюцинації, маячні ідеї, делірії, збудження, агресивна поведінка.

Усі некогнітивні розлади при деменції можуть формуватися та перебігати як структурні компоненти деменції та бути самостійною (коморбідною до деменції) патологією.

Необхідно розробити, задокументувати і регулярно переглядати індивідуалізовані плани з надання допомоги особам, які здійснюють догляд, та іншому персоналу, як поводитися належним чином у ситуаціях прояви проблемної поведінки. Частоту переглядів плану слід узгодити з особами, які здійснюють догляд, і зацікавленим персоналом і внести до офіційних документів.

Для людей з усіма типами та ступенями тяжкості деменції із супутніми некогнітивними симптомами слід розглянути питання щодо надання доступу до інтервенцій, підібраних згідно з перевагами, навичками і можливостями пацієнта. Оскільки люди можуть реагувати на один варіант лікування краще, ніж на інший, необхідно контролювати відповідь на кожен варіант і відповідним чином адаптувати план з надання допомоги. Підходи, які можуть розглядатися, залежно від наявності, включають в себе: психотерапію (когнітивно-біхевіоральну, ремінісцентну, міжособистісну та раціональну) та/або немедикаментозну (ароматерапію; мультисенсорну стимуляцію; терапевтичне застосування музики та/або танців; анімалотерапію; масаж). Дані втручання можуть бути представлені цілим рядом співробітників служби медичної допомоги, соціальної допомоги та волонтерів в умовах відповідної підготовки і нагляду.

У разі неефективності нефармакологічних втручань використовують фармакотерапію.

Б) Фармакологічні інтервенції для поліпшення некогнітивних симптомів і проблемної поведінки

Пацієнтам з деменцією, у яких розвиваються некогнітивні симптоми або проблемна поведінка, слід пропонувати фармакологічну інтервенцію тільки у випадку важкого стресу або безпосереднього ризику шкоди для пацієнта або інших людей. Слід якомога швидше застосувати оцінку і підготувати план з надання допомоги, що включає ведення поведінкової проблеми. У випадку, якщо стрес та/або збудження мають менш тяжкий перебіг, слід застосувати інтервенції, описані в рекомендаціях, до розгляду можливості застосування фармакологічної інтервенції.

Пацієнтам із хворобою Альцгеймера, судинною деменцією або деменцією змішаного типу з легкими і помірними некогнітивними симптомами не слід призначати антипсихотичні препарати через можливе підвищення ризику розвитку небажаних цереброваскулярних явищ і смерті, в окремих тяжких випадках – розглянути рисперидон, оланзапін, арипіпразол. За показаннями застосовують антидепресанти (міртазапін, тразодон, венлафаксін та селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну).

Пацієнтам з деменцією з тільцями Леві з легкими і помірними некогнітивними симптомами не слід призначати антипсихотичні препарати, оскільки вони знаходяться в групі ризику розвитку тяжких небажаних реакцій.

Пацієнтам із хворобою Альцгеймера, судинною деменцією або деменцією змішаного типу з важкими некогнітивними симптомами (психозом та/або неспокійною поведінкою, що викликають значний стрес) може бути запропоновано лікування із застосуванням антипсихотичного препарату, але тільки після дотримання таких умов. Необхідно повною мірою обговорити з пацієнтом з деменцією та/або особами, які здійснюють догляд, можливі переваги і ризику лікування. Особливу увагу слід приділити оцінці цереброваскулярних факторів ризику та обговорити можливе збільшення ризику інсульту / транзиторної ішемічної атаки і можливих небажаних ефектів на когнітивну функцію. Слід регулярно оцінювати і документувати зміни когнітивної функції. За необхідності можна розглянути застосування альтернативного препарату. Слід виявляти, вимірювати і реєструвати некогнітивні симптоми. Необхідно регулярно оцінювати і реєструвати зміни некогнітивних симптомів. Необхідно враховувати вплив супутніх захворювань, таких як депресія. Слід робити вибір антипсихотичного препарату після індивідуального аналізу співвідношення «ризик–користь». Спочатку слід використовувати низьку дозу з подальшим збільшенням. Слід обмежувати лікування в часі і регулярно оцінювати його ефекти (кожні 3 місяці або відповідно до клінічної необхідності).

У пацієнтів з деменцією з тільцями Леві фахівці в галузі охорони здоров'я повинні уважно стежити за появою важких небажаних реакцій, особливо реакцій нейролептичної чутливості (що виявляються у вигляді розвитку або погіршення важких екстрапірамідних симптомів після лікування в діапазоні прийнятних доз або погіршення фізичного стану в гострій і тяжкій формі після призначення антипсихотичних препаратів, для появи яких немає ніякої іншої очевидної причини).

Пацієнтам з легкою і помірною формою хвороби Альцгеймера з некогнітивними симптомами та/або проблемною поведінкою,

що спричиняють людині значний стрес або потенційну шкоду, може бути запропоновано застосування інгібітора АХЕ в окремих ситуаціях, а саме: якщо нефармакологічний підхід є неприйнятним або неефективним і якщо застосування антипсихотичних препаратів є неприйнятним або неефективним.

Пацієнтам з помірною формою хвороби Альцгеймера з некогнітивними симптомами та/або проблемною поведінкою, які не переносять інгібітори АХЕ або мають протипоказання до їх застосування, а також пацієнтам з важкою формою хвороби Альцгеймера може бути запропоновано застосування мемантину в окремих ситуаціях, а саме: якщо нефармакологічний підхід є неприйнятним або неефективним і якщо застосування антипсихотичних препаратів є неприйнятним або неефективним.

Пацієнтам з деменцією з тільцями Леві з некогнітивними симптомами, що спричиняють людині значний стрес або викликають проблемну поведінку, може бути запропоновано застосування інгібітора АХЕ.

Мемантин є ефективним для лікування поведінкових порушень, зокрема агресії/ажитації.

За наявності симптомів тривоги та ажитации слід також розглянути бензодіазепіни (оксазепам), приділяючи увагу побічним ефектам (м'язова слабкість, двоїння в очах, схильність до падінь, сонливість, парадоксальні реакції із затьмаренням свідомості) і враховуючи співвідношення «ризик–користь», можливість погіршення пізнавальних здібностей у пацієнтів з деменцією, розгальмування. Бензодіазепіни з високим ризиком накопичення препарату (діазепам і флунітразепам) не слід призначати особам похилого віку з деменцією. Золпідем є ефективним снодійним препаратом, оскільки має короткий період дії.

Протиепілептичні препарати (вальпроєва кислота, карбамазепін, габапентин) також в окремих випадках зі значною обережністю можуть бути використані в ажитованих пацієнтів з деменцією, але вони не є препаратами вибору.

В) Проблемна поведінка, що вимагає термінового лікування та управління ризиками. Контроль проблемної поведінки стає пріоритетом, якщо насильство, агресія і надмірне збудження загрожують безпеці людини з деменцією або іншим людям.

Медичні працівники, які здійснюють догляд за людьми з деменцією, повинні виявляти, контролювати і впливати на фактори зовнішнього середовища, фактори фізичного здоров'я і фізіологічні чинники, які можуть збільшити ризик розвитку проблемної поведінки, особливо насильства та агресії, і ризик заподіяння шкоди собі або іншим. Дані фактори включають: перенаселеність; відсутність конфіденційності; недостатню активність; неналежне ставлення персоналу; недостатнє спілкування між людиною з деменцією і персоналом; конфлікти між персоналом і особами, які здійснюють догляд; слабе клінічне керування. Медичні працівники повинні пройти підготовку, щоб бути готовими до розвитку проблемної поведінки і відповідним чином впливати на прояви насильства, агресії і надмірного збудження, включаючи техніки деескалації, а також методи фізичного обмеження.

Фахівці в галузі охорони здоров'я, які використовують препарати, що впливають на прояви насильства, агресії та надмірного збудження у пацієнтів з деменцією, повинні:

- пройти навчання з метою правильного застосування лікарських засобів для контролю поведінки, особливо бензодіазепінів та антипсихотичних препаратів;
- оцінювати ризики, пов'язані з фармакологічним контролем насильства, агресії і надмірного збудження, особливо у пацієнтів зі зневодненням або фізичним захворюванням;
- враховувати кардіореспіраторні ефекти прийому бензодіазепінів і антипсихотичних препаратів у гострих ситуаціях і необхідність титрування дози для досягнення ефекту;
- спостерігати за пацієнтами, які отримують дані препарати в положенні лежачи, для запобігання аспірації блювотних мас, моніторингу вимірювати частоту пульсу, кров'яного тиску й дихання;
- пройти навчання щодо застосування реанімаційного обладнання; проходити щорічну перепідготовку за методами реанімації; підтримувати вільну прохідність дихальних шляхів.

Г) Фармакологічний контроль насильства, агресії та надмірного збудження

Для пацієнтів з деменцією, які перебувають у групі значного ризику нанесення шкоди собі або іншим людям через насильство, агресії та надмірне збудження, необхідні заходи слід проводити в безпечному середовищі з низьким рівнем стимуляції, відокремленої від інших споживачів послуг.

Фармакологічне лікування для контролю насильства, агресії та надмірного збудження слід використовувати для заспокоєння пацієнта з деменцією і зменшення ризику насильства і шкоди, а не для лікування основного психіатричного захворювання. Фахівці в галузі охорони здоров'я повинні прагнути до оптимальної реакції, при якій збудження або агресія знижується без седатії. Слід вести насильницьку поведінку без призначення високих доз або комбінації препаратів, особливо у випадку похилого віку або ослабленого стану. Необхідно застосовувати мінімальну ефективну дозу.

Слід з обережністю використовувати препарати для контролю поведінки, особливо якщо до пацієнта з деменцією було застосоване фізичне обмеження, через такі ризики: втрата свідомості замість седатії; надмірна седатія з втратою концентрації уваги; розрив відносин між людиною з деменцією, особами, які здійснюють за ним догляд, і групою медичної допомоги; питання, пов'язані з віком і фізичним і психічним здоров'ям.

Пацієнтам з деменцією, які отримали ненавмисний седативний ефект, та особам, які здійснюють за ними догляд, необхідно запропонувати можливість обговорювати свої переживання та отримувати чітке обґрунтування рішення використовувати строкову седатію. Це слід внести до офіційних документів.

Спосіб застосування препарату: за необхідності фармакологічного контролю насильства, агресії та надмірного збудження слід надавати перевагу пероральним препаратам перед парентеральними. За необхідності застосування саме парентерального лікування для контролю насильства, агресії та надмірного збудження слід вибирати внутрішньом'язовий шлях введення, оскільки він більш безпечний, ніж внутрішньовенний. Внутрішньовенне введення слід використовувати тільки у виняткових випадках. Після парентерального лікування для контролю насильства, агресії та надмірного збудження необхідно стежити

за основними показниками життєдіяльності. Якщо пацієнт спить, необхідне застосування більш інтенсивного моніторингу. Артеріальний тиск, пульс, температуру тіла і частоту дихання необхідно реєструвати відповідно до застережень, наведених в інструкції для медичного застосування препарату.

Внутрішньом'язові засоби для контролю поведінки. Якщо для контролю поведінки потрібно застосування внутрішньом'язово препаратів, слід використовувати галоперидол. По можливості слід використовувати один засіб замість комбінації препаратів. Застосування внутрішньом'язово діазепаму та внутрішньом'язово хлорпромазину не рекомендується для корекції проблемної поведінки у пацієнтів з деменцією.

При використанні галоперидолу внутрішньом'язово (або будь-якого іншого стандартного антипсихотика внутрішньом'язово) для контролю поведінки необхідно оцінювати наявність дистонії та інших екстрапірамідних побічних ефектів. Якщо побічні ефекти викликають стресовий стан, особливо в разі гострих дистонічних реакцій, слід розглянути можливість застосування антихолінергічних агентів. При використанні антихолінергічних агентів фахівці в галузі охорони здоров'я повинні стежити за погіршенням когнітивної функції.

6. Втручання для поліпшення супутніх емоційних розладів у людей із деменцією

А) Психологічні інтервенції для поліпшення стану пацієнтів з деменцією з депресією та/або занепокоєнням

Надання допомоги пацієнтам з деменцією повинні включати оцінку та моніторинг депресії та/або занепокоєння. Для пацієнтів з деменцією, у яких розвинулися депресія та/або занепокоєння, як складову лікування слід розглянути можливість застосування когнітивної поведінкової терапії, в тому числі активну участь особи, яка здійснює догляд, а також повинна бути доступна індивідуально підібрана допомога, наприклад ремінісцентна терапія, мульти-сенсорна стимуляція, анімалотерапія і фізичні вправи.

Б) Фармакологічні інтервенції для поліпшення стану пацієнтів з депресією при деменції

Пацієнтам з деменцією, які також мають серйозний депресивний розлад, слід запропонувати лікування антидепресантами. Лікування має бути ініційовано співробітниками, які пройшли спеціальну підготовку, які повинні дотримуватися відповідних медико-технологічних документів за темою «Депресія» після ретельної оцінки співвідношення «ризик–користь». Слід уникати застосування антидепресантів з антихолінергічним ефектом, оскільки вони можуть негативно вплинути на когнітивну функцію. На початку лікування слід пояснити необхідність комплаєнтності, вказати час до початку дії та описати ризик синдрому відміни.

По можливості допомога при деменції має бути надана амбулаторно, проте за певних обставин можна розглянути можливість психіатричної госпіталізації, в тому числі якщо:

- пацієнт з деменцією демонструє серйозні прояви і потребує переміщення до спеціалізованої установи заради його власного здоров'я та безпечності та/або безпеки інших людей (в деяких випадках це може стосуватися людей, на яких поширюється дія Закону України «Про психіатричну допомогу»).

4.6. Паліативна допомога, полегшення болю і догляд в кінці життя для пацієнтів з деменцією

А) Паліативна допомога і питання кінця життя. Допомога у разі деменції має включати паліативну допомогу з моменту постановки діагнозу до смерті. Вона повинна прагнути підтримувати якість життя пацієнтів з деменцією і дозволити їм померти з гідністю в місці за їх вибором, а також підтримувати осіб, які здійснюють догляд, під час їх втрати, які можуть і очікувати смерті, і навіть піти за померлою людиною.

Медичні працівники, які працюють з пацієнтами з деменцією та особами, які здійснюють догляд за ними, повинні дотримуватися підходу паліативної допомоги. Вони повинні враховувати фізичні, психологічні, соціальні та духовні потреби, щоб максимально підвищити якість життя пацієнта з деменцією та його сім'ї.

Фахівці в галузі паліативної допомоги, інші співробітники медичної допомоги та уповноважені представники повинні гарантувати, що вмираючі пацієнти з деменцією мають такий самий вільний доступ до паліативної допомоги, як і люди без деменції. Фахівці первинної медичної допомоги повинні гарантувати оцінку потреб пацієнтів з деменцією в термінальній стадії в паліативній допомозі та передачу отриманої інформації в межах групи, а також співробітникам відповідних служб медичної допомоги.

Медичні працівники повинні заохочувати пацієнтів з деменцією самостійно їсти і пити так довго, як це можливо. Повинні бути доступні оцінка та консультації фахівця, що стосуються ковтання та годування при деменції. Також можуть бути корисні рекомендації щодо харчування. У випадку, якщо дисфагія вважається тимчасовим явищем, слід розглянути можливість нутритивної підтримки, включаючи штучне (зондове) годування, проте штучне годування не слід застосовувати у пацієнтів з тяжкою формою деменції, у яких дисфагія або небажання їсти є проявом тяжкості захворювання. При прийнятті рішення про збереження або скасування нутритивної підтримки необхідно керуватися етичними і правовими чинниками.

Якщо пацієнт з тяжкою формою деменції страждає від лихоманки, особливо на термінальних стадіях, слід застосувати клінічну оцінку. Може бути достатньо застосування простих анальгетиків, жарознижуючих і механічних засобів охолодження. На термінальних стадіях деменції як паліативні заходи слід розглянути застосування антибіотиків, проте це вимагає індивідуальної оцінки.

Встановлений порядок в лікарнях та установах довгострокового перебування, в центрах сестринського догляду або безперервної медичної допомоги повинен відображати той факт, що серцево-легенева реанімація навряд чи буде успішною у випадках зупинки серця у пацієнтів з тяжкою стадією деменції. За відсутності дійсного попереднього рішення про відмову від реанімації, рішення про проведення реанімації повинно враховувати будь-які висловлені побажання або переконання пацієнта з деменцією, разом з позицією осіб, які здійснюють догляд, і членів мультидисциплінарної команди. Таке рішення має бути внесено до історії хвороби і планів з надання допомоги.

Б) Полегшення болю. Якщо пацієнт з деменцією демонструє незрозумілі зміни в поведінці та/або ознаки стресу, співробітники медичної допомоги повинні оцінити вираженість болю, використовуючи, за необхідності, наглядові інструменти для оцінки болю.

Тим не менш, слід розглянути й інші можливі причини. Лікування болю у пацієнтів з тяжкою формою деменції повинно включати як фармакологічні, так і нефармакологічні заходи. Нефармакологічне лікування необхідно застосовувати з урахуванням анамнезу і побажань людини.

У випадках хронічного больового синдрому слід застосовувати уніфікований клінічний протокол медичної допомоги при хронічному больовому синдромі.

В) Підтримка та втручання для осіб, які здійснюють догляд за пацієнтами з деменцією

Керівники закладів охорони здоров'я повинні враховувати потреби осіб, які здійснюють догляд за пацієнтами з деменцією.

Фахівці, які проводять оцінку осіб, що здійснюють догляд, повинні прагнути до виявлення психологічного стресу і психосоціального впливу на особу, яка здійснює догляд. Це має бути безперервним процесом і включати будь-який період після поступлення пацієнта з деменцією до установи проживання з доглядом.

Плани з надання допомоги особам, які здійснюють догляд за пацієнтами з деменцією, повинні включати ряд індивідуально підібраних інтервенцій. Вони можуть складатися з декількох компонентів, включаючи:

- індивідуальне або групове навчання психологічній самопомозі;
- групи підтримки, які складаються з осіб, які здійснюють догляд, з урахуванням потреб конкретних людей залежно від стадії деменції людини, про яку піклуються, та інших характеристик;
- підтримку та надання інформації по телефону і через інтернет;
- навчальні курси з питань деменції, догляду та пільг, а також спілкування й вирішення проблем, що стосуються допомоги пацієнтам з деменцією;
- залучення інших членів сім'ї, а також лікуючого лікаря первинної медичної допомоги до участі у сімейних зустрічах.

Слід приділяти увагу залученню пацієнтів з деменцією до навчання психологічній самопомозі, участі у зустрічах груп підтримки та інших заходів для осіб, які здійснюють догляд. Медичні працівники повинні забезпечити надання особам, які здійснюють догляд, такої підтримки, як, наприклад, транспорт; особам, які здійснюють догляд за людьми з деменцією, які відчувають психологічний стрес і негативний психологічний вплив, необхідно запропонувати психотерапію, включаючи когнітивну поведінкову терапію з досвідченим фахівцем.

Керівники повинні забезпечити особам, які здійснюють догляд за пацієнтами з деменцією, доступ до перепочинку / короткої перерви. Вони повинні задовольняти потреби як особи, яка здійснює догляд, так і особи з деменцією, і повинні включати, наприклад, денний догляд, цілодобовий догляд, розміщення дорослих і короткострокове та/або нічне переміщення до установи проживання з доглядом. Послуги перепочинку / короткої перерви будь-якого виду повинні характеризуватися змістовною і терапевтичною активністю, підбраною для конкретної людини з деменцією і запропонованою в середовищі, що відповідає його потребам. По можливості, дані послуги слід забезпечувати у житлі людини.

V. Ресурсне забезпечення виконання протоколу

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) (ЛПМД (КМП)) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛПМД (КМП), та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій МОЗ України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою <http://www.drz.com.ua/>.

Надання медичної допомоги пацієнтам з деменцією при супутніх захворюваннях здійснюється згідно з відповідними медико-технологічними документами.

5.1. Первинна медична допомога

5.1.1. Кадрові ресурси

Лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі-терапевти дільничні. В сільській місцевості допомога може надаватися фельдшерами (медичними сестрами загальної практики – сімейної медицини).

5.1.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення. Відповідно до Табеля оснащення.

Лікарські засоби (порядок розташування не визначає порядок призначення): вальпроєва кислота, габапентин, галоперидол, гінкго білоба, діазепам, золпідем, карбамазепін, мемантин, оксазепам, церебролізін.

5.2. Вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога

5.2.1. Кадрові ресурси: лікарі-неврологи, лікарі-психіатри.

5.2.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення. Відповідно до Табеля оснащення.

Лікарські засоби (порядок розташування не визначає порядок призначення): вальпроєва кислота, габапентин, галантамін, галоперидол, гінкго білоба, діазепам, донепезил, золпідем, карбамазепін, мемантин, оксазепам, ривастигмін, флунітразепам, церебролізін.

5.3. Паліативна медична допомога

5.3.1. Кадрові ресурси – лікарі та медичні сестри паліативної медичної допомоги.

5.3.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення. Відповідно до Табеля оснащення.

Лікарські засоби (порядок розташування не визначає порядок призначення): вальпроєва кислота, габапентин, галантамін, галоперидол, гінкго білоба, діазепам, донепезил, золпідем, карбамазепін, мемантин, оксазепам, ривастигмін, флунітразепам, церебролізін.

VII. Перелік літературних джерел, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу

- Електронний документ «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Деменція», 2016.
- Наказ МОЗ України від 14.03.2016 р. №183 «Про затвердження восьмого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
- Наказ МОЗ України від 27.12.2013 р. №1150 «Про затвердження Примірної таблиці матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів».
- Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. №751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за №2001/22313.
- Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. №734 «Про затвердження таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування».
- Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. №735 «Про затвердження таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування».
- Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. №739 «Про затвердження таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру».
- Наказ МОЗ України від 02.03.2011 р. №127 «Про затвердження примірних таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень».
- Наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. №385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 12.11.2002 р. за №892/7180.
- Наказ МОЗ України від 23.02.2000 р. №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».