ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
19.07.2016 р. № 736

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

ДЕМЕНЦІЯ*

Вступ

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги (УКПМД) «Деменція», розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядає особливості діагностики та лікування, а також догляду за пацієнтами з деменцією в Україні з позиції забезпечення наступності етапів медичної допомоги. УКПМД розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Деменція» з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, відображених у клінічних настановах — третинних джерелах медичної інформації, а саме:

1. NICE CG42 «Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care», 2015.
2. Consensus Statement «Dementia 2010» of the Austrian Alzheimer Society.
3. Fourth Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia, 2014.
4. Recommendations of the 4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia (CCCDTD4), 2012.
5. Everybody's Business — Integrated mental health services for older adults: a service development guide, NHS2005.

Ознайомитися з адаптованою клінічною настановою можна за посиланням http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html

За формою, структурою та методичними підходами щодо використання вимог доказової медицини УКПМД відповідає вимогам «Методики розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини», затвердженої наказом МОЗ України від 28 вересня 2012 року № 751, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 за № 2001/22313.

Відповідно до ліцензійних вимог та стандартів акредитації в закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) має бути наявний Локальний протокол медичної допомоги з клінічним маршрутом пацієнта, що визначає взаємодію структурних підрозділів ЗОЗ, медичного персоналу (локальний рівень).

**Друкується із незначними скороченнями*

Перелік скорочень, що використовуються в протоколі

АХЕ	Ацетилхолінестераза
ЕЕГ	Електроенцефалографія
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
КМП	Клінічний маршрут пацієнта
КТ	Комп'ютерна томографія
ЛПМД	Локальний протокол медичної допомоги
МКХ-10	Міжнародна статистична класифікація захворювань та пов'язаних порушень стану здоров'я (10-те видання)
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
МРТ	Магнітно-резонансна томографія
НМРАО	Гексаметилпропіленаміноксим
ОФЕКТ	Однофотонна емісійна комп'ютерна томографія
ПЕТ	Позитронно-емісійна томографія
ПКП	Помірне когнітивне порушення
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
6-CIT	Тест когнітивного порушення, що складається з 6 пунктів
ADAS-Cog, ADAS-Non Cog	Шкала оцінки хвороби Альцгеймера — когнітивні та некогнітивні секції
BADL	Брістольська шкала активності в повсякденному житті
Behave-AD	Поведінковий опитувальник
CADASIL	Синдром церебральної автосомно-домінантної артеріопатії із субкортикальними інфарктами і лейкоенцефалопатією
Cornell Scale Depression in Dementia	Шкала оцінки депресії при деменції
GDS	Геріатрична шкала депресії
GPCOG	Шкала оцінки когнітивних функцій лікарем загальної практики

БЕЗКОШТОВНА on-line передплата с. 102

MMSE	Mini-Mental State Examination, коротка шкала оцінки розумового стану
MoCa	Монреальська шкала когнітивної оцінки
NPI	Нейропсихіатричний опитувальник

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз: Деменція

1.2. Код МКХ-10: F00-F03

1.3. Протокол призначений для лікарів загальної практики — сімейних лікарів, лікарів-терапевтів дільничних, лікарів-неврологів, лікарів-психіатрів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-психологів, лікарів, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, персоналу хоспісів, інших медичних працівників, причетних до надання медичної допомоги пацієнтам із деменцією, керівників закладів охорони здоров'я різних форм власності та підпорядкування.

1.4. Мета протоколу: організація надання медичної допомоги пацієнтам із деменцією, забезпечення максимально можливої якості життя для пацієнтів, які страждають на деменцію, а також осіб, які за ними доглядають.

1.5. Дата складання протоколу — липень 2016 року.

1.6. Дата перегляду протоколу — липень 2019 року.

1.7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці протоколу:

Гаврилюк Андрій Олександрович
заступник директора Департаменту, начальник Управління надання медичної допомоги дорослим Департаменту медичної допомоги МОЗ України, голова робочої групи

Адреса для листування: Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», м. Київ. Електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua

Електронну версію документа можна завантажити на офіційному сайті МОЗ України: http://www.moz.gov.ua та в Реєстрі медико-технологічних документів: http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html

Рецензенти:

Волошин Петро Власович	директор Державної установи «Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України», лауреат Державної премії України, заслужений діяч науки і техніки України, д.м.н., професор;
Пшук Наталія Григорівна	завідувач кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, д.м.н., професор.

1.8. Коротка епідеміологічна інформація

Дані офіційної статистики щодо поширеності деменції в Україні відсутні. Захворюваність на деменцію, її поширеність збільшуються з віком, — зазвичай діагноз встановлюється в пацієнтів старше від 65 років. Нещодавні дані з деяких розвинених країн свідчать, що зростання захворюваності на деменцію відбувається більшою мірою, ніж передбачалося раніше.

Хвороба Альцгеймера є найбільш частою формою деменції (60-80%), за нею йде васкулярна деменція (10-25%) і деменція з тільцями Леві (7-25%). Інші форми деменції трапляються рідше, їх кількість не перевищує 10%. Часто трапляються змішані форми. Пацієнти з деменцією потребують тривалого догляду, тому їх часто поміщають у будинки престарілих. При цьому поширеність деменції в будинках престарілих становить від 39 до 87%.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Деменція є прогресуючим і певною мірою незворотним клінічним синдромом, який характеризується значним ураженням психічних функцій. Хоча багато людей із деменцією зберігають позитивні риси особистості та особистісні якості, але в міру погіршення стану вони можуть відчувати деякі або всі перелічені нижче проблеми: втрату пам'яті, зниження швидкісних характеристик та продуктивності мислення, погіршення мови, порушення орієнтації, зміни особистості, труднощі в повсякденній діяльності, нехтування власними потребами, некогнітивні прояви (наприклад, апатія, депресія або психоз) і нехарактерну поведінку (наприклад, агресія, порушення сну або розгальмована статева поведінка, хоча останнє не є типовою рисою деменції).

У більшості розвинених країн пацієнтами опікуються не тільки медичні працівники, а й соціальні служби. При цьому деменція зумовлює комплекс потреб і, особливо на більш пізніх етапах, високий рівень залежності й захворюваності. Ці потреби пацієнтів у догляді часто кидають виклик навичкам і здібностям осіб, які здійснюють догляд, і співробітників служб соціальної допомоги. У міру погіршення стану люди з деменцією можуть поставити перед особами, які здійснюють догляд, і співробітниками служби соціальної допомоги складні проблеми, включаючи агресивну поведінку, неспокійний стан і безцільне ходіння, труднощі з прийомом їжі, нетримання, маячні ідеї й галюцинації, а також труднощі з переміщенням, які можуть призвести до падінь і переломів. Вплив деменції на людину зазвичай супроводжується особистими обставинами, такими як зміна фінансового статусу й місця проживання або втрата близьких людей.

Особливого застереження потребує досягнення відсутності дискримінації таких пацієнтів: людям із деменцією не повинно бути відмовлено в допомозі та догляді у зв'язку з їх діагнозом, віком (як занадто молодим, так і занадто літнім) або супутніми проблемами із здатністю до навчання, а також втратою дієздатності.

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

3.1. ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

3.1.1. Профілактика

Положення протоколу

Медична допомога спрямована на виявлення та усунення керованих факторів ризику, профілактику та лікування судинної патології, виявлення сімейної схильності.

Обґрунтування

Доведено, що для людей середнього та похилого віку факторами ризику деменції є судинна патологія та такі керовані фактори, як куріння, надмірне споживання алкоголю, ожиріння, гіподинамія, а також цукровий діабет, артеріальна гіпертензія та гіперхолестеринемія. Для деяких станів доведена генетична причина захворювання (сімейна автосомно-домінантна хвороба Альцгеймера або лобно-скронева деменція, церебральна автосомно-домінантна артеріопатія, хвороба Гентінгтона).

Необхідні дії:

1. Не слід проводити скринінг усього населення щодо ризику розвитку деменції.
2. Пацієнтам, деменція яких зумовлена генетичною причиною (наприклад, сімейною автосомно-домінантною хворобою Альцгеймера або лобно-скроневою деменцією, церебральною автосомно-домінантною артеріопатією з підкірковими інфарктами і лейкоенцефалопатією або хворобою Гентінгтона), та їхнім родичам слід запропонувати пройти генетичне консультування.
3. У разі відсутності підозри на генетичну причину розвитку деменції, включаючи деменцію з пізнім початком, не слід проводити генотипування за клінічними причинами.
4. Для первинної профілактики розвитку деменції не слід призначати як спеціальне лікування статини, замісну гормональну терапію, токоферол, нестероїдні протизапальні препарати.
5. Для вторинної профілактики деменції слід розглянути судинні та інші керовані фактори ризику розвитку деменції (наприклад, куріння, надмірне споживання алкоголю, ожиріння, цукровий діабет, гіпертонія і підвищений вміст холестерину) і, у разі потреби, застосувати відповідне лікування.

3.1.2. Діагностика

Положення протоколу

Медична допомога передбачає виявлення порушень когнітивних функцій та самостійного щоденного (побутового, професійного) функціонування.

Обґрунтування

Діагноз деменції встановлюється лікарем-неврологом або лікарем- психіатром (залежно від провідної симптоматики) після всебічної оцінки на підставі задокументованих порушень пам'яті, когнітивних функцій та психічного стану. Скринінг проводиться лікарями загальної практики — сімейними лікарями серед пацієнтів із порушеннями когнітивних функцій. Підвищений ризик розвитку деменції після перенесеного інсульту при деяких неврологічних захворюваннях — див. розділ IV, пункт 4.3.

Необхідні дії:

1. Виключити стан реверсивної («зворотної») деменції, зумовленої інфекційними або токсичними агентами, що реагує на відповідне лікування.
2. Людей з ознаками помірного когнітивного порушення (ПКП) скерувати для оцінки порушення пам'яті з метою виявлення деменції на ранньому етапі.
3. Пацієнтам із ПКП (включаючи осіб без значних і помітних для пацієнтів та сторонніх порушень пам'яті, які можуть бути відсутніми на ранніх стадіях деменції неальцгеймерного типу) повинні пропонувати моніторинг зниження когнітивних функцій та інших ознак можливої деменції з метою планування надання допомоги на ранній стадії.
4. Діагноз деменції слід встановлювати тільки після всебічної оцінки, що включає:
   - збір анамнезу;
   - оцінку когнітивних функцій і психічного стану (див. розділ IV, пункт 4.4, тести 1, 2);
   - оцінку соціальної активності та якості життя обстежуваного;
   - фізикальний огляд та інші необхідні дослідження;
   - аналіз препаратів, які приймає пацієнт, з метою виявлення та мінімізації використання лікарських засобів, у тому числі безрецептурних, що можуть негативно вплинути на когнітивні функції.
5. Клінічна оцінка когнітивних здібностей у пацієнтів із підозрою на деменцію повинна включати вивчення уваги, орієнтації, короткочасної і довготривалої пам'яті, мислення, гнозису, праксису, читання, письма, лічильних функцій, мови та виконавчих функцій за допомогою спеціальних тестів (див. розділ IV, пункт 4.3).
6. Застосування стандартного нейропсихіатричного опитувальника повинно стати частиною оцінки у випадках легкої або сумнівної деменції.
7. Під час діагностики деменції і на регулярній основі після встановлення діагнозу необхідно проводити оцінку на наявність супутніх захворювань і ключових психіатричних особливостей, пов'язаних із деменцією, включаючи депресію і психоз, для забезпечення оптимального ведення співіснуючих захворювань.
8. Базовий скринінг деменції повинен проводитися за наявності клінічних проявів та включати: рутинну гематологію, біохімію (зокрема, електроліти, кальцій, глюкозу і тестування ниркової та печінкової функцій), тестування функції щитоподібної залози, рівнів вітаміну В12 і фолату в сироватці.
9. При проведенні лабораторних досліджень в осіб із підозрою на деменцію немає потреби в рутинному проведенні серології на сифіліс та ВІЛ, такі аналізи слід розглядати тільки для людей, ризик для яких зумовлений анамнезом або клінічною картиною.
10. За можливості розвитку делірію необхідно провести аналіз середньої порції сечі.
11. Рентгенографія грудної клітки, електрокардіографія — за клінічними показаннями.

БЕЗКОШТОВНА on-line передплата с. 102

12. Аналіз спинномозкової рідини не є частиною програми рутинних досліджень при діагностиці деменції.

3.1.3. Лікування

Положення протоколу. Лікування деменції призначається лікарями-спеціалістами (лікарі-психіатри, лікарі-неврологи). Первинна медична допомога полягає в розпізнаванні супутньої патології та призначенні відповідного лікування, наданні підтримки пацієнтам із деменцією та особам, які за ними доглядають.

Обґрунтування. Найбільш ефективною є така медична допомога пацієнтам із деменцією, що передбачає пацієнт-орієнтований підхід та «створення відносин» між пацієнтом та особою/особами, які за ним доглядають.

Необхідні дії:

1. Сприяти стимулюванню і підтримці незалежності людей із деменцією, включаючи їх пересування, повсякденне функціонування, підтримку відносин у середовищі існування.
2. Розробити індивідуалізований план із надання допомоги, сфокусований на заходах повсякденної діяльності, що зумовлюють незалежність дій, поліпшують функціонування, адаптують і розвивають навички та мінімізують потреби в допомозі (див. розділ IV, пункт 4.5, підпункт 3).
3. Застосовувати нефармакологічні методи для поліпшення когнітивних симптомів, збереження функціонування, поліпшення некогнітивних симптомів і проблемної поведінки (див. розділ IV, пункт 4.5).
4. Моніторинг виконання пацієнтом та особою, яка доглядає за пацієнтом із деменцією, призначень спеціалістів.
5. Забезпечити надання екстреної медичної допомоги — за наявності відповідних соматичних та психопатологічних порушень.

3.1.4. Диспансерне спостереження

Положення протоколу.

Спостереження пацієнтів із деменцією має на меті корекцію індивідуального плану, виявлення супутньої патології, виявлення прогресу симптоматики (погіршення стану) та надання вчасної медичної допомоги з метою забезпечення максимально можливої якості життя для таких людей.

Обґрунтування. Потреби людей із деменцією, а також осіб, які за ними доглядають, змінюються з плином часу — захворювання поступово прогресує, можлива поява некогнітивних симптомів, емоційних розладів та проблемної поведінки, розвиток невідкладних ситуацій та іншої патології, що потребуватиме вчасних адекватних втручань.

Необхідні дії:

1. Періодичні (не рідше ніж 1 раз на 3 місяці) огляди та клінічна оцінка пацієнта з деменцією. Обстеження — за клінічними показаннями, у разі потреби — скерування до спеціалістів вторинної медичної допомоги.
2. Виявлення проблем життєзабезпечення пацієнта з деменцією, у разі потреби — скерування до служби паліативної допомоги і/або соціального захисту та інші дії в інтересах пацієнта (див. розділ IV, пункт 4.4, тест 3).
3. Підтримка осіб, які доглядають за пацієнтом із деменцією.

3.2. ВТОРИННА (СПЕЦІАЛІЗОВАНА) МЕДИЧНА ДОПОМОГА

3.2.1. Профілактика

Положення протоколу. Медична допомога спрямована на виявлення та усунення керованих факторів ризику, профілактику та лікування судинної патології, виявлення сімейної схильності, раннє розпізнавання когнітивних порушень.

Обґрунтування. Доведено, що для людей середнього та похилого віку факторами ризику деменції є судинна патологія та такі керовані фактори, як куріння, надмірне споживання алкоголю, ожиріння, гіподинамія, а також цукровий діабет, артеріальна гіпертензія та гіперхолестеринемія. Для деяких станів доведена генетична причина захворювання (сімейна автосомно-домінантна хвороба Альцгеймера або лобно-скронева деменція, церебральна автосомно-домінантна артеріопатія, хвороба Гентінгтона).

Необхідні дії:

1. Не слід проводити скринінг усього населення щодо ризику розвитку деменції.
2. Організація генетичного консультування в регіональному медико-генетичному центрі для людей, деменція яких, найімовірніше, зумовлена генетичною причиною, та їхніх родичів.
3. У разі відсутності підозри на генетичну причину розвитку деменції, включаючи деменцію з пізнім початком, не слід проводити генотипування за клінічними причинами.
4. Для профілактики деменції не слід призначати як спеціальне лікування статини, замісну гормональну терапію, токоферол, нестероїдні протизапальні препарати.
5. Для вторинної профілактики деменції слід розглянути судинні захворювання, ожиріння, цукровий діабет, гіпертонію і підвищений вміст холестерину, у разі потреби застосувати лікування згідно з відповідними медико-технологічними документами.

3.2.2. Діагностика

Положення протоколу. Діагноз деменції встановлюється після ретельного клініко-інструментального та психодіагностичного обстеження.

Обґрунтування. Діагноз деменції характеризується відповідністю анамнестичним і клінічним критеріям з урахуванням віку та строків розвитку симптомів та в окремих випадках потребує виключення судинної, пухлинної, інфекційної патології головного мозку.

Необхідні дії:

1. Деменцію можна запідозрити в людей із порушеннями здатності до навчання, у людей, які перенесли інсульт, і в людей із неврологічними захворюваннями, наприклад хворобою Паркінсона.

2. Помірні когнітивні порушення (у т. ч. без значних і помітних для пацієнта та/або оточуючих порушень пам'яті, які можуть бути відсутніми на ранніх стадіях деменції неальцгеймерного типу) потребують моніторингу зниження когнітивних функцій та інших ознак можливої деменції з метою планування надання допомоги на ранній стадії.
3. Діагноз деменції слід встановлювати тільки після всебічної оцінки, що включає:
   - збір анамнезу;
   - оцінку когнітивних функцій і психічного стану (клінічна оцінка та психодіагностичне дослідження);
   - фізикальний огляд та інші необхідні дослідження;
   - оцінку використовуваних пацієнтом лікарських засобів з метою виявлення та мінімізації використання ліків, у тому числі безрецептурних, які можуть негативно вплинути на когнітивні функції.
4. Діагностика підтипу деменції проводиться фахівцями в галузі охорони здоров'я з досвідом диференціальної діагностики з використанням міжнародних стандартизованих критеріїв (Хвороба Альцгеймера, Судинна деменція, Деменція з тільцями Леві, Лобно-скронева деменція, Змішана деменція).
5. Клінічна оцінка когнітивних здібностей у пацієнтів із підозрою на деменцію повинна включати вивчення властивостей уваги, авто- та алопсихічної орієнтації, короткочасної і довготривалої пам'яті, мислення, гнозису, праксису, читання, письма, лічильних функцій, мови та виконавчих функцій. У рамках цієї оцінки повинно проводитися формалізоване тестування когнітивних функцій із використанням стандартизованих інструментів: Короткої шкали оцінки психічного статусу (MMSE), Тесту когнітивного порушення, що складається з 6 пунктів (6-CIT), Оцінки когнітивних функцій лікарем загальної практики (GPCOG), 7-хвилинного скринінгу тощо. Фахівці, які інтерпретують результати таких випробувань, повинні повною мірою враховувати інші фактори, що впливають на виконання тестів, включаючи рівень освіти, кваліфікацію, попередній рівень функціонування і навичок, мову і будь-які сенсорні порушення, психічні захворювання або фізичні/неврологічні проблеми. Застосування стандартного нейропсихіатричного опитувальника повинно стати частиною оцінки у випадках легкої або сумнівної деменції.
6. Під час діагностики деменції і на регулярній основі після встановлення діагнозу необхідно проводити оцінку на наявність супутніх захворювань і ключових некогнітивних порушень, пов'язаних із деменцією, включаючи депресію і психоз, для забезпечення оптимального ведення співіснуючих захворювань.
7. Пацієнтів із підозрою на деменцію немає потреби рутинно обстежувати на сифіліс та ВІЛ. Проведення таких аналізів слід розглядати тільки для осіб, ризик у яких зумовлений анамнезом або клінічною картиною.
8. Рентгенографія грудної клітки, електрокардіографія, аналіз спинномозкової рідини та інші обстеження — за клінічними показаннями.
9. За припущення щодо можливості розвитку делірію необхідно провести аналіз середньої порції сечі.
10. Структурну візуалізацію слід застосовувати для оцінки осіб, у яких підозрюють наявність зворотної деменції, при ранньому початку деменції для виключення інших варіантів патології головного мозку і сприяння діагностиці підтипу деменції. Магнітно-резонансна томографія (МРТ) є кращим методом для ранньої діагностики та виявлення підкіркових судинних змін, хоча може використовуватися і комп'ютерна томографія (КТ). Для людей із помірною та важкою формами деменції, яким вже встановлено клінічний діагноз, візуалізація не є необхідною. Слід звернутися за консультацією до фахівця при інтерпретації результатів сканування людей із порушенням здібності до навчання.
11. Аналіз спинномозкової рідини слід застосовувати при підозрі на хворобу Крейтцфельда — Якоба або інші форми швидкопрогресуючої деменції.

3.2.3. Лікування

Положення протоколу. Деменція є прогресуючим захворюванням, вторинна (спеціалізована) медична допомога передбачає підтримку соціального функціонування, збереження людської гідності пацієнтів із деменцією та осіб, які за ними доглядають, і забезпечення максимально можливої якості життя.

Обґрунтування. На сьогодні не існує методів вилікування деменції, водночас напрацьовано значний світовий досвід щодо поліпшення когнітивних, некогнітивних, емоційних та інших специфічних розладів за допомогою немедикаментозних і медикаментозних втручань.

Необхідні дії:

1. Розробити індивідуалізований план із надання допомоги, сфокусований на заходах повсякденної діяльності, що максимізують незалежність дій, поліпшують повсякденне функціонування, адаптують і розвивають навички та мінімізують потреби в допомозі (див. розділ IV, пункт 4.5, підпункт 3), сприяти стимулюванню і підтримці незалежності людей із деменцією, включаючи їх пересування, підтримку відносин у середовищі існування.
2. Застосовувати нефармакологічні методи для поліпшення когнітивних симптомів, збереження функціонування, поліпшення некогнітивних симптомів і проблемної поведінки (див. розділ IV, пункт 4.5).
3. Застосовувати залежно від підтипу деменції фармакологічні методи для поліпшення або стабілізації (зменшення негативної динаміки) когнітивних симптомів, збереження функціонування, поліпшення некогнітивних симптомів і проблемної поведінки (див. розділ IV, пункт 4.5).
4. Здійснювати за зверненням оцінку ефективності

БЕЗКОШТОВНА on-line передплата с. 102

призначеної терапії, виявлення проблем життєзабезпечення пацієнта з деменцією (див. розділ IV, пункт 4.4, тести 1-4), у разі потреби — скерування до служби паліативної допомоги і/або соціального захисту та інші дії в інтересах пацієнта.
5. Забезпечити надання екстреної медичної допомоги — за наявності відповідних соматичних та психопатологічних порушень.
6. Забезпечити у важких випадках загрози нанесення пацієнтом шкоди собі або іншим людям, проблемної поведінки госпіталізацію до спеціалізованого стаціонару.

3.3. ТРЕТИННА (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНА) МЕДИЧНА ДОПОМОГА

3.3.1. Діагностика

Положення протоколу. У випадках раннього початку, швидкого прогресування, за потреби диференціальної діагностики, ускладнень, коморбідності, низької прихильності до терапії, нестійкої соціальної адаптації із соціально-небезпечними діями та в інших складних ситуаціях можливе скерування пацієнтів до ЗОЗ, що надає третинну медичну допомогу.

Обґрунтування. Атиповий перебіг деменції зумовлює потребу в додаткових заходах високоспеціалізованої медичної допомоги.

Необхідні дії:
1. Розглянути можливість використання методів клініко-неврологічного, клініко-психопатологічного дослідження, нейровізуалізації (МРТ, КТ), нейрофізіологічного (ЕЕГ, когнітивні викликані потенціали), психодіагностичного методу та методу клінічних рейтингових шкал.
2. Розглянути можливість використання ЕЕГ як допоміжної діагностичної методики при підозрі на делірій, лобно-скроневу деменцію або хворобу Крейтцфельда — Якоба або для оцінки наявності епілепсії в людей із деменцією.
3. Розглянути можливість біопсії мозку для діагностичних цілей тільки в окремих пацієнтів, деменція яких, як передбачається, зумовлена потенційно зворотним станом, який не може бути діагностований іншим способом.
4. Багато випадків деменції можуть мати змішану патологію (наприклад, хвороба Альцгеймера і судинна деменція або хвороба Альцгеймера і деменція з тільцями Леві). Такі випадки слід вести відповідно до захворювання, яке вважається домінуючою причиною виникнення деменції.
5. Обов'язкові діагностичні обстеження:
   - анамнез (суб'єктивний, об'єктивний, сімейний, соціальний);
   - неврологічний статус;
   - психіатричний статус (виявлення психотичних і поведінкових порушень);
   - соматичний статус;
   - психодіагностичні методики: спрямовані на дослідження функцій пам'яті, уваги, мислення, праксису, гнозису, мови, читання, письма, довільної регуляції психічної діяльності тощо; «Запам'ятовування 10 слів», «Таблиці Шульте», методики дослідження мислення; коротка шкала оцінки психічного стану (Mini-Mental State Examination (MMSE)), Монреальська шкала когнітивної оцінки (MoCa);
   - клінічні рейтингові шкали: нейропсихіатричний опитувальник (NPI), поведінковий опитувальник (Behave-AD), шкала оцінки хвороби Альцгеймера — когнітивні та некогнітивні секції (ADAS-Cog, ADAS-Non Cog), шкала оцінки депресії при деменції (Cornell Scale Depression in Dementia), геріатрична шкала депресії (GDS). Застосування комплексу психодіагностичних методик і клінічних шкал у сукупності з клінічними даними дозволить оцінити тяжкість деменції та її клінічний тип;
   - лабораторні обстеження (гемограма, електроліти, параметри функцій нирок, печінки, щитоподібної залози, цукор крові, рівень вітаміну B12 / фолієвої кислоти);
   - КТ, краще МРТ (стан кори мозку, патерни атрофії).

   Необов'язкові діагностичні тести:
   - ЕЕГ, когнітивні викликані потенціали;
   - однофотонна емісійна комп'ютерна томографія (ОФЕКТ) (катаболізм, транспортери дофаміну) — ПЕТ (метаболізм глюкози, амілоїди);
   - транспортери дофаміну (ОФЕКТ або ПЕТ);
   - генетичне обстеження — аполіпопротеїн Е, автосомно-домінантні мутації, CADASIL-синдром (синдром церебральної автосомно-домінантної артеріопатії із субкортикальними інфарктами і лейкоенцефалопатією, хвороба Гентінгтона);
   - аналіз біологічних рідин (τ-протеїн, фосфо-τ-протеїн, пептид амілоїд β-42, 14-3-3 протеїн);
   - серологічні тести (обстеження на сифіліс, вірус імунодефіциту людини), паратгормон, антинейрональні антитіла, тиреоїдні антитіла (антитіла до тиреоглобуліну / мікросомальні тиреоїдні антитіла).

3.3.2. Лікування

Положення протоколу. Метою надання високоспеціалізованої допомоги пацієнтам із підозрою на зворотну деменцію є встановлення остаточного діагнозу, пацієнтам із деменцією — редукція або стабілізація негативної симптоматики й підвищення соціального функціонування та якості життя.

Обґрунтування. Доведена терапевтична ефективність комплексного впливу з використанням психотерапії, нефармакологічних методів, психоосвітніх засобів та тренінгів психосоціальної реабілітації, фармакотерапії.

Необхідні дії:
1. Застосування нефармакологічних методів для поліпшення когнітивних та некогнітвних симптомів, відновлення якості життя (когнітивні тренінги, аромотерапія, музикотерапія, арт-терапія, масаж, фізичні вправи).
2. Комплекс психотерапії включає когнітивно-біхевіоральну, ремінісцентну, міжособистісну та раціональну психотерапію.

3. Психоосвіта базується на взаємодії з пацієнтом та його родиною, спрямовується на напрацювання нових навичок та поведінкових стереотипів, направлених як на ресоціалізацію, так і на безпеку пацієнта, необхідності дотримання терапевтичного режиму та орієнтації на відновлення соціальних функцій.
4. Фармакотерапію некогнітивних порушень при деменції застосовують відповідно до підпункту 4.5 розділу IV.
5. Лікування супутніх захворювань здійснюється згідно з відповідними медико-технологічними документами.

3.4. ПАЛІАТИВНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА Положення протоколу.

Паліативна допомога спрямована на забезпечення належної якості життя людей із деменцією і можливості їм померти з гідністю в місці за їх вибором, а також на підтримку осіб, які здійснюють догляд, під час їх втрати, які можуть і очікувати смерті, і навіть піти за померлою людиною. Необхідно враховувати фізичні, психологічні, соціальні та духовні потреби, щоб максимально підвищити якість життя людини з деменцією і його сім'ї.

Обґрунтування. Пацієнти з деменцією з розвитком захворювання стають виражено залежними від інших людей. Проте фахівці в галузі паліативної допомоги повинні гарантувати, що люди з деменцією, які помирають, мають такий самий вільний доступ до паліативної допомоги, як і люди без деменції.

Необхідні дії:

1. Підтримка максимально можливої якості життя для пацієнтів із деменцією. Заохочувати людей із деменцією самостійно їсти та пити так довго, як це можливо; забезпечити доступність оцінки та консультації фахівця, що стосуються харчування, ковтання та годування при деменції; у випадку тимчасової дисфагії розглянути можливість нутрітивної підтримки, включаючи штучне (зондове) годування, проте штучне годування не слід застосовувати в людей із важкою формою деменції, у яких дисфагія або небажання їсти є проявом тяжкості захворювання.
2. При лихоманці, особливо на термінальних стадіях, слід застосувати клінічну оцінку. Може бути достатнім застосування простих анальгетиків, жарознижувальних і механічних засобів охолодження. На термінальних стадіях деменції як паліативні заходи можна розглянути доцільність застосування антибіотиків, проте це потребує індивідуальної оцінки.
3. За наявності незрозумілих змін у поведінці та/або ознак стресу оцінити вираженість болю, використовуючи, у разі потреби, наочні інструменти для оцінки болю, розглянути й інші можливі причини. Лікування болю в людей із важкою формою деменції повинно включати як фармакологічні, так і нефармакологічні заходи. У випадках хронічного больового синдрому застосовувати уніфікований клінічний протокол медичної допомоги при хронічному больовому синдромі.
4. Рішення стосовно реанімації повинно враховувати соматопсихічний стан пацієнтів із деменцією та думку осіб, які здійснюють догляд, і членів мультидисциплінарної команди. Це рішення повинно бути внесено до медичної картки пацієнта і планів із надання допомоги.
5. Забезпечити підтримку осіб, які здійснюють догляд за людьми з деменцією (див. розділ IV, пункт 4.6).

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

4.1. Ключові пріоритети підтримки пацієнтів із деменцією та надання медичної допомоги

Відсутність дискримінації. Людям із деменцією не повинно бути відмовлено в допомозі та догляді у зв'язку з їх діагнозом, віком або супутніми проблемами зі здатністю до навчання.

Дійсна згода. Співробітники медичної допомоги повинні упевнитися в отриманні інформованої згоди від людей із деменцією та їхніх родичів або законних представників. Необхідно поінформувати людину щодо наявних варіантів обстеженням лікування і переконатися в тому, що він/вона розуміє, що примус відсутній, і в тому, що з плином часу його/її згода залишається в силі.

Особи, які здійснюють догляд. Особам, які здійснюють догляд за людьми з деменцією, що зазнають психологічного стресу і негативних психологічних наслідків, повинна бути запропонована психологічна терапія, включаючи когнітивну поведінкову терапію, що проводиться за допомогою практикуючого фахівця.

Координація та інтеграція медичної допомоги. Керівники закладів охорони здоров'я повинні брати участь у координації та інтеграції роботи всіх установ, що беруть участь у лікуванні та догляді за людьми з деменцією та особами, які здійснюють догляд за ними, включаючи узгодження службових інструкцій і процедур. Спільне планування повинно включати одержувачів допомоги на місцях та осіб, які здійснюють догляд, з метою висвітлення та вирішення проблем, характерних для кожного населеного пункту. Керівники закладів охорони здоров'я та лікуючі лікарі, співробітники закдалів соціальної допомоги повинні забезпечити узгоджене надання медичної та соціальної допомоги людям із деменцією, що включає:

- план комплексної допомоги, який враховує мінливі потреби людини з деменцією та особи, яка здійснює догляд;
- призначення конкретних співробітників медичної служби для реалізації плану з надання допомоги;
- схвалення плану з надання допомоги людиною з деменцією та/або особами, які здійснюють догляд;
- офіційний перегляд плану з надання допомоги з частотою, узгодженою зі співробітниками, які беруть участь у наданні допомоги, і людиною

БЕЗКОШТОВНА on-line передплата с. 102

з деменцією та/або особами, які здійснюють догляд, і занесення даних в офіційні документи.

Допомога при порушенні пам'яті. Оцінка порушення пам'яті повинна бути уніфікованою для всіх людей із передбачуваною деменцією. Слід застосувати програми тренування пам'яті.

Структурна візуалізація для діагностики. Структурну візуалізацію слід застосовувати для оцінки стану головного мозку людей нетипово молодого віку, у яких підозрюють наявність зворотної деменції, для виключення іншої патології головного мозку і сприяння діагностуванню підтипу деменції. Слід звернутися за консультацією до фахівця з інтерпретації результатів сканування людей із порушенням навченості, здібності до навчання. МРТ є кращим методом для ранньої діагностики та виявлення підкіркових судинних змін, хоча може використовуватися і КТ. Для людей із помірною та важкою формами деменції, у яких встановлений клінічний діагноз не викликає сумнівів, візуалізація не є необхідною.

Проблемна поведінка. Людям із деменцією, у яких розвиваються когнітивні симптоми, що викликають пригнічений стан, або в яких з'являється проблемна поведінка, необхідно на ранньому етапі запропонувати оцінку факторів, які можуть призвести до такої поведінки, загострити її або послабити. Оцінка повинна бути комплексною і включати: оцінку фізичного стану; депресію; можливий невиявлений біль 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 співробітниками соціальної служби. Необхідно розробити, задокументувати й регулярно переглядати індивідуалізовані плани з надання допомоги, які допомагають особам, що здійснюють догляд, іншому персоналу поводитися належним чином у ситуаціях прояву проблемної поведінки. Частоту переглядів цих планів слід узгодити з особами, які здійснюють догляд, і зацікавленим персоналом та задокументувати.

Навчання персоналу (підвищення кваліфікації) забезпечується стосовно догляду за людьми з деменцією відповідно до посадових функцій та обов'язків.

Потреби, пов'язані з психічним станом, у лікарнях екстреної допомоги. Управління лікарень екстреної допомоги та лікарень загального типу повинні планувати і надавати допомогу, орієнтовану на конкретні потреби, а також на психічне й фізичне здоров'я людей із деменцією, які звертаються до установи екстреної допомоги з якої-небудь причини.

4.2. Принципи надання допомоги людям із деменцією

1) **Особистісне різноманіття, рівність і мова.** Людям із деменцією не повинно бути відмовлено в допомозі та догляді у зв'язку з їх діагнозом, віком (як занадто молодим, так і занадто літнім) або супутніми проблемами зі здатністю до навчання. Медичні працівники повинні з повагою ставитися до людей із деменцією та осіб, які здійснюють догляд за ними, а також виявляти особливі потреби людей із деменцією та осіб, які здійснюють догляд за ними, що випливають з особистісного різноманіття, включаючи стать, етнічну приналежність, вік, релігію й особисту гігієну, особливі потреби, пов'язані зі станом здоров'я, фізичною недієздатністю, сенсорними порушеннями, труднощами в спілкуванні, проблемами з прийомом їжі, незадовільною гігієною порожнини рота і проблемами зі здатністю до навчання. Співробітники служби медичної допомоги, особливо в стаціонарних приміщеннях, повинні виявляти і, по можливості, забезпечувати реалізацію переваг людей із деменцією та осіб, які здійснюють догляд за ними, включаючи раціон харчування, сексуальність і релігію. Плани з надання допомоги повинні враховувати вищезазначені потреби, виявлені переваги й реалізовувати їх.

Пацієнти, у яких підозрюють наявність деменції у зв'язку з появою доказів функціонального та когнітивного погіршення, але які не демонструють виражене погіршення пам'яті для встановлення діагнозу, не повинні бути позбавлені доступу до додаткової допомоги. Якщо мова або набутий розлад мови є перешкодою для отримання або розуміння суті допомоги, лікування та догляду, співробітники служби медичної допомоги повинні надати людині з деменцією та/або особі, яка здійснює догляд за нею:

- інформацію зрозумілою мовою та/або в доступному форматі;
- незалежних перекладачів;
- психологічну допомогу зрозумілою мовою.

2) **Люди більш молодого віку з деменцією.** У людей більш молодого віку з деменцією можуть з'явитися додаткові потреби в оцінці, діагностиці та лікуванні, тому для задоволення таких потреб необхідно забезпечувати мультидисциплінарну медичну допомогу.
3) **Люди з порушенням здатності до навчання.** Медичні працівники, які працюють в умовах надання допомоги людям більш молодого віку, що перебувають у групі ризику розвитку деменції, наприклад ті, які обслуговують людей із порушеннями здатності до навчання, повинні пройти навчання з метою підвищення рівня інформованості з питань деменції. Люди з порушеннями здатності до навчання та особи, які здійснюють догляд за ними, повинні мати доступ до консультацій фахівців і відповідної допомоги.
4) **Етичні питання, згода й прийняття попередніх рішень.** Медичні працівники повинні впевнитися в отриманні інформованої згоди від людей із деменцією при їх усвідомленні та розумінні дій. Необхідно поінформувати людину про існуючі варіанти обстеження й лікування і переконатися в тому, що він/вона розуміє, що примус відсутній, і в тому, що з плином часу його/її згода залишається в силі. Якщо людина не має можливості

прийняти рішення, слід дотримуватися положень законодавства стосовно недієздатних осіб. Медичні працівники повинні інформувати людей із деменцією та осіб, які здійснюють догляд за ними, про можливість отримання юридичної підтримки та допомоги волонтерів і заохочувати їх використання. У разі потреби такі послуги повинні бути доступні як людям із деменцією, так і особам, які здійснюють догляд за ними, незалежно одна від одної. Пацієнтам із деменцією повинна бути надана можливість у конфіденційному порядку передавати інформацію медичним працівникам, які беруть участь у догляді за ними. Фахівцям слід обговорити з пацієнтом отримання інформації, призначеної для спільного використання з колегами та/або іншими установами. Тільки у виняткових обставинах згідно з законодавством України конфіденційна інформація може бути розкрита третім особам без згоди пацієнта. Однак, у міру погіршення стану, коли пацієнт стає більш залежним від сім'ї або інших осіб, які здійснюють догляд, рішення про спільне використання інформації повинні прийматися в контексті законодавства стосовно недієздатних осіб. Якщо інформація буде використовуватися спільно з іншими особами, це має відбуватися тільки в інтересах пацієнта з деменцією. Медичні працівники повинні обговорити з пацієнтом із деменцією, тоді як він/вона все ще залишається дієздатним(-ою), а також з особою, що здійснює догляд за ним/нею, застосування:

- заяв (які дозволяють людям заявити про те, що повинно відбуватися в разі втрати ними здатності приймати рішення або спілкуватися);
- попередніх рішень про відмову від лікування;
- довіреності, дія якої не припиняється внаслідок визнання довірителя недієздатним (юридичного документа, що дозволяє людям вказати в письмовій формі, кого вони призначають приймати певні рішення для них, якщо вони не можуть прийняти їх самостійно, включаючи рішення з питань здоров'я й добробуту);
- бажаного місця реалізації заходів плану з надання медичної допомоги (що дозволяє людям документувати рішення про вибір заходів майбутньої медичної допомоги і місця, де людина хотіла б померти).

5) **Вплив деменції на особисті взаємини.** На момент встановлення діагнозу і за наявності показань надалі вплив деменції на стосунки, у тому числі сексуальні, необхідно оцінювати з делікатністю. За наявності показань пацієнтам із деменцією, їх партнерам та/або особам, які здійснюють догляд, повинна бути надана інформація щодо допомоги на локальному рівні.
6) **Ризик зловживання і недбалості.** Оскільки пацієнти з деменцією уразливі відносно випадків зловживання і недбалості, усі працівники охорони здоров'я, які надають їм допомогу і підтримку, повинні одержувати інформацію й проходити навчання з питання захисту повнолітніх і дотримуватися державної політики з питань захисту прав людини.
7) **Ведення та координація надання допомоги.** Медичні працівники повинні гарантувати, що допомога пацієнтам із деменцією та підтримка осіб, які здійснюють догляд за ними, планується і надається в рамках ведення/координації допомоги, пацієнти своєчасно скеровуються до служб соціальної допомоги.
8) **Навчання та підвищення кваліфікації співробітників служб охорони здоров'я.** Керівники закладів охорони здоров'я, лікуючі лікарі повинні гарантувати як усьому персоналу, який працює з літніми людьми, так і волонтерам доступ до навчання (підвищення кваліфікації) у сфері догляду за пацієнтами з деменцією, що відповідає їх посадовим функціям та обов'язкам. Керівники закладів охорони здоров'я психіатричного профілю повинні забезпечити консультації в будинках престарілих та інших установ для пацієнтів із деменцією та осіб, які здійснюють догляд за ними, пропонувати регулярні консультації та навчання для фахівців у галузі охорони здоров'я в ЗОЗ, які забезпечують надання допомоги пацієнтам із деменцією. Така діяльність повинна плануватися структурними підрозділами з питань охорони здоров'я державних адміністрацій у співпраці з органами соціальної допомоги. Доказові освітні інтервенції, такі як програмне забезпечення для прийняття рішень та практичні семінари, призначені для вдосконалення діагностики та ведення деменції, необхідно впроваджувати і робити широкодоступними при наданні первинної медичної допомоги.
9) **Допомога пацієнтам із деменцією в закладах екстреної медичної допомоги.** Управління лікарень екстреної медичної допомоги та лікарень загального типу повинні планувати і надавати послуги швидкої медичної допомоги, орієнтовані на конкретні потреби допомоги та догляду, а також на психічне й фізичне здоров'я пацієнтів із деменцією, які звертаються до установи екстреної допомоги з якої-небудь причини. Управління лікарень екстреної медичної допомоги повинні забезпечити всім пацієнтам із передбачуваною або наявною деменцією, які перебувають у стаціонарі, оцінку з боку фахівців, що спеціалізуються на лікуванні деменції. Організацію екстреної медичної допомоги необхідно планувати в співпраці з персоналом відповідних лікарень, відповідними фахівцями соціальної служби за участю пацієнта з передбачуваною або наявною деменцією та особами, які здійснюють за ним/нею догляд.
10) **Комплексна медико-соціальна допомога.** Медичні працівники повинні враховувати вимоги даного протоколу при організації домашнього догляду, притулку в нестандартній ситуації, основної і спеціалізованої допомоги в установах проживання з доглядом, реабілітації, спеціалізованих послуг із психічного здоров'я, включаючи суспільні групи психічного здоров'я, підрозділи з оцінки пам'яті,

БЕЗКОШТОВНА on-line передплата с. 102

психотерапію і допомогу в умовах стаціонару. Медичні працівники повинні забезпечити для пацієнтів із деменцією та осіб, які здійснюють догляд за ними, отримання актуальної інформації щодо послуг для надання медичної допомоги на локальному рівні, включаючи незалежні й волонтерські організації, і доступу до таких послуг.

4.3. Фактори ризику, профілактика і виявлення на ранньому етапі

1) **Фактори ризику, скринінг і генетичне консультування.** Не слід проводити скринінг усього населення щодо ризику розвитку деменції. У людей середнього та похилого віку необхідно розглянути судинні та інші керовані фактори ризику розвитку деменції (наприклад, куріння, надмірне споживання алкоголю, ожиріння, цукровий діабет, гіпертонію і підвищений вміст холестерину) і, у разі потреби, застосувати відповідне лікування. Фахівці в галузі охорони здоров'я, які працюють із пацієнтами, деменція яких зумовлена генетичною причиною (наприклад, сімейною автосомно-домінантною хворобою Альцгеймера або лобно-скроневою деменцією, церебральною автосомно-домінантною артеріопатією з підкірковими інфарктами і лейкоенцефалопатією або хворобою Гентінгтона), повинні запропонувати їм та їхнім родичам пройти генетичне консультування. Регіональні генетичні служби повинні забезпечити генетичне консультування для пацієнтів, деменція яких, найімовірніше, зумовлена генетичною причиною, і їхніх родичів. У разі відсутності підозри на генетичну причину розвитку деменції, включаючи деменцію з пізнім початком, необов'язково проводити генотипування за клінічними причинами.
2) **Профілактичні заходи.** Для первинної профілактики розвитку деменції не слід призначати такі втручання як спеціальне лікування: статини, замісну гормональну терапію, токоферол, нестероїдні протизапальні препарати. Для вторинної профілактики деменції слід розглянути судинні та інші керовані фактори ризику розвитку деменції (наприклад, куріння, надмірне споживання алкоголю, ожиріння, цукровий діабет, гіпертонія і підвищений вміст холестерину) і, у разі потреби, застосувати відповідне лікування.
3) **Виявлення деменції на ранньому етапі.** Персоналу первинної медичної допомоги слід розглянути можливість скерування на вторинну, третинну медичну допомогу пацієнтів, у яких з'являються ознаки ПКП, для оцінки порушення пам'яті з метою виявлення деменції на ранньому етапі, оскільки в понад 50% людей із ПКП пізніше розвивається деменція. Фахівці, які проводять медичний огляд у рамках надання допомоги людям із порушеннями здатності до навчання, повинні бути інформовані про підвищений ризик розвитку деменції в даній групі. Фахівці, які проводять медичний огляд в інших групах високого ризику, наприклад людей, які перенесли інсульт, і людей із неврологічними захворюваннями, наприклад хворобою Паркінсона, також повинні бути інформовані про можливості розвитку деменції. При виявленні ПКП (включаючи осіб без порушень пам'яті, що можуть бути відсутніми на ранніх стадіях деменції неальцгеймерного типу) слід призначати моніторинг зниження когнітивної функції та інших ознак можливої деменції при вторинній медичній допомозі з метою надання допомоги на ранній стадії.

4.4. Діагностика та оцінка деменції

1) **Розпізнавання.** Діагноз деменції встановлюється тільки після всебічної оцінки, що включає:
   - збір анамнезу (деменція виявляється переважно після 65 років, розвивається повільно — упродовж одного року і більше);
   - оцінку когнітивних функцій і психічного стану;
   - фізикальний огляд та інші необхідні дослідження;
   - аналіз препаратів, що приймає пацієнт, з метою виявлення та мінімізації використання лікарських засобів, у тому числі безрецептурних, які можуть негативно вплинути на когнітивні функції.

Клінічна оцінка когнітивних здібностей у пацієнтів із підозрою на деменцію включає вивчення уваги й концентрації, орієнтації, короткочасної й довготривалої пам'яті, мислення, гнозису, праксису, читання, письма, лічильних функцій, мови та виконавчих функцій. У рамках цієї оцінки повинно проводитися формалізоване тестування когнітивних функцій із використанням стандартизованого інструменту. Із цією метою використовуються тести: Коротка шкала оцінки психічного статусу (MMSE), Тест когнітивного порушення, що складається з 6 пунктів (6-CIT), Оцінка когнітивних функцій лікарем загальної практики (GPCOG) і 7-хвилинний скринінг. Фахівці, які інтерпретують результати таких випробувань, повинні повною мірою враховувати інші фактори, що впливають на виконання тестів, включаючи рівень освіти, кваліфікацію, попередній рівень функціонування і навичок, мову і будь-які сенсорні порушення, психічні захворювання або фізичні/неврологічні проблеми.

Спроможність до самостійного життєзабезпечення оцінюють за допомогою Брістольської шкали активності в повсякденному житті (BADL).

Тест 1: Оцінка когнітивних функцій лікарем загальної практики (GPCOG)

Ім'я пацієнта:_____ Дата:_____

ОЦІНКА КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ЛІКАРЕМ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ

Крок 1: Обстеження пацієнта

(якщо не вказано інше, кожне питання необхідно поставити один раз)

Ім'я та адреса для подальшого тестування пам'яті

1. *«Я збираюся сказати Вам ім'я та адресу. Після того, як я їх назву, я хочу, щоб Ви повторили їх. Запам'ятайте це ім'я та адресу, тому що я збираюся знову їх у Вас запитати через декілька хвилин: Петро Сидоренко, вул. Шевченка, 42, Вінниця».* (Дозволяється максимум 4 спроби)

	Орієнтування в часі	**Правильно**	**Неправильно**
2.	*Яка сьогодні дата? (лише чітко)*	☐	☐
	Малювання годинника — використайте чистий аркуш		
3.	*Будь-ласка, розмітьте всі числа, щоб вказати години на циферблаті годинника (важлива правильна відстань)*	☐	☐
4.	*Будь-ласка, відмітьте стрілками 10 хвилин на дванадцяту (11:10)*	☐	☐
	Інформація		
5.	*Чи можете Ви розповісти мені щось, що сталося в новинах нещодавно?* (Нещодавно = протягом останнього тижня. Якщо надається загальна відповідь, наприклад війна, багато опадів, запитайте про деталі. Лише чітка відповідь зараховується)	☐	☐
	Пам'ять		
6.	*Назвіть ім'я та адресу, які я просив Вас запам'ятати*	☐	☐
	Петро	☐	☐
	Сидоренко	☐	☐
	Вул. Шевченка	☐	☐
	42	☐	☐
	Вінниця	☐	☐

Аби отримати загальний бал, додайте кількість правильних відповідей

Загальний бал (з 9) ☐/9

Якщо пацієнт набрав 9 балів, він не має істотних когнітивних порушень і подальше тестування не потрібне
Якщо пацієнт набрав 5-8 балів, необхідно більше інформації. Перейдіть до Кроку 2
Якщо пацієнт набрав 0-4 бали, це свідчить про когнітивні порушення. Проведіть стандартне обстеження

БЕЗКОШТОВНА on-line передплата с. 102

Крок 2: Опитування інформанта

Ім'я інформанта:_____

Дата:_____

Ставлення інформанта до пацієнта, тобто інформант є пацієнтом:_____

Наступні 6 питань стосуються того, як змінився пацієнт із часів, коли йому було краще, скажімо, 5-10 років тому
Порівняно з декількома роками раніше:

	Так	Ні	Не знаю	Немає відповіді
Чи є в пацієнта більше проблем із запам'ятовуванням подій, які відбулися останнім часом, ніж раніше?	☐	☐	☐	
Чи має він або вона більше проблем із запам'ятовуванням розмови через кілька днів?	☐	☐	☐	
Чи важче при розмові пацієнту підібрати потрібне слово або чи частіше він/вона використовує неправильні слова?	☐	☐	☐	
Чи важче пацієнту управляти грошима і фінансовими справами (наприклад, оплата рахунків, складання бюджету)?	☐	☐	☐	☐
Чи важче пацієнту стежити за прийомом ліків самостійно?	☐	☐	☐	☐
Чи потрібно пацієнту більше допомоги з транспортом (приватним або громадським)? (Якщо пацієнт відчуває труднощі лише через фізичні проблеми, наприклад хвору ногу, відмітьте «ні»)	☐	☐	☐	☐

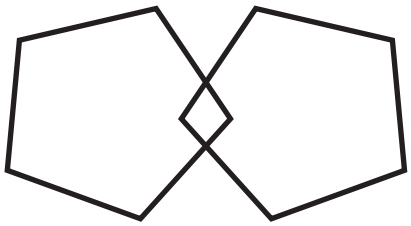
(Щоб отримати загальний бал, додайте кількість відповідей «ні», «не знаю» або «немає відповіді»)

Загальний бал (з 6) ☐

Якщо пацієнт набрав 0-3 бали, це свідчить про когнітивні порушення.
Проведіть стандартне обстеження

Тест 2: Коротка шкала дослідження психічного статусу, MMSE

Макси мальна оцінка в нормі, бали (1)	Оцінка у хворого, бали (2)	Когнітивна характеристика (3)
10		*Орієнтація*
1		Який зараз рік
1		—//—-// ---------- пора року
1		—//—-// ---------- число
1		—//—-// ---------- місяць
1		—//—-// ---------- день тижня
1		Де ми перебуваємо: держава
1		область

Макси мальна оцінка в нормі, бали (1)	**Оцінка у хворого, бали (2)**	**Когнітивна характеристика (3)**
1		місто
1		лікарня
1		поверх (палата)
3		*Здатність до обліку*
		Назвати три предмети, не пов'язані між собою за змістом (*озеро, стіл, копійка*). Одна секунда на кожен. Попросити хворого назвати всі три предмети, присуджуючи 1 бал за кожну правильну відповідь. Повторювати спроби, доки пацієнт не назве всі предмети. Порахувати кількість спроб.
5		*Увага та рахування*
		Серія із «сімок». Попросити пацієнта віднімати по 7, починаючи зі 100. Один бал за кожну правильну відповідь. Слід зупинити хворого після п'яти правильних відповідей (*93, 86, 79, 72, 65*). Якщо пацієнт не може або не хоче виконати завдання, попросити вимовити слово «*хрест*» у зворотному порядку. Число балів відповідає кількості букв, названих у правильному порядку.
3		*Пам'ять*
		Попросити пригадати найменування трьох предметів, названих раніше. Один бал за кожну правильну відповідь.
9		*Мова*
2		Найменування. Показати *олівець та годинник.* Попросити пацієнта назвати їх.
1		Повтор. Попросити пацієнта повторити скоромовку «*Ніяких якщо та/або але*» (або ін.). Допускається тільки одна спроба.
3		Попросити виконати трьохетапну команду***:***
		«*Візьміть лист паперу, складіть його навпіл та покладіть на підлогу*». *Один* бал за кожну правильно виконану дію.
1		Читання. Прочитайте та виконайте таке «*заплющіть очі*».
1		Письмо. Попросити пацієнта самостійно написати просте речення.
1		Копіювання. Попросити скопіювати намальовані п'ятикутники, що перетинаються. Повинні бути скопійовані всі 10 кутів та 2 повинні перетинатися. 
Загалом 30		

БЕЗКОШТОВНА on-line передплата с. 102

Тест 3: Брістольська шкала активності в повсякденному житті, BADL

1. Приготування їжі
   А. Може вибрати продукти та приготувати відповідну їжу (0 балів).
   Б. Може приготувати їжу, якщо інгредієнти приготовані попередньо (1 бал).
   В. Може готувати їжу, якщо пацієнта спонукати до кожного етапу (2 бали).
   Г. Не може готувати їжу, навіть при підказці (спонуканні) та нагляді (3 бали).
   Д. Не підходить жоден із варіантів (0 балів).
2. Вживання їжі
   А. Вживає їжу як завжди, правильно використовуючи прибори (0 балів).
   Б. Вживає їжу як завжди, якщо вона приготована, або використовує тільки ложку (1 бал).
   В. Використовує пальці для їжі (2 бали).
   Г. Потребує стороннього годування (3 бали).
   Д. Не підходить жоден із варіантів (0 балів).
3. Приготування напоїв
   А. Може вибрати інгредієнти та приготувати напої (0 балів).
   Б. Може приготувати напої, якщо інгредієнти підготовані (1 бал).
   В. Може приготувати напої при спонуканні (покроковій підказці) до кожного етапу (2 бали).
   Г. Не може приготувати напої навіть при спонуканні (підказці) та нагляді (3 бали).
   Д. Не підходить жоден із варіантів (0 балів).
4. Вживання напоїв
   А. П'є як завжди (0 балів).
   Б. П'є за допомогою пристроїв (1 бал).
   В. Не може пити самостійно, але робить спроби (2 бали).
   Г. П'є тільки зі сторонньою допомогою (3 бали).
   Д. Не підходить жоден із варіантів (0 балів).
5. Одягання
   А. Вибирає відповідний одяг та самостійно одягається (0 балів).
   Б. Одягає одяг у неправильному порядку / задом наперед / одягається неохайно (1 бал).
   В. Самостійне одягання неможливе, але пацієнт робить спроби для допомоги (2 бали).
   Г. Не здатний допомагати одяганню, не потребує одягання (3 бали).
   Д. Не підходить жоден із варіантів (0 балів).
6. Умивання
   А. Умивається регулярно та незалежно (0 балів).
   Б. Може умиватися, якщо дати мило, серветку, рушник тощо (1 бал).
   В. Може умиватися самостійно при нагадуванні кожного з етапів та під наглядом (2 бали).
   Г. Не може умиватися самостійно, потребує сторонньої допомоги (3 бали).
   Д. Не підходить жоден із варіантів (0 балів).
7. Чищення зубів
   А. Чистить зуби самостійно, регулярно (0 балів).
   Б. Чистить зуби, якщо отримує відповідні вказівки (1 бал).
   В. Потребує часткової допомоги: видавлювання пасти на щітку та ін. (2 бали).
   Г. Потребує сторонньої допомоги (3 бали).
   Д. Не підходить жоден із варіантів (0 балів).
8. Прийняття ванни/душу
   А. Приймає регулярно та незалежно (0 балів).
   Б. Потребує, щоб ванна була налитою, душ увімкнений, але миється самостійно (1 бал).
   В. Потребує нагляду та спонукання до прийняття ванни/душу (2 бали).
   Г. Повна залежність, потребує повної підтримки (3 бали).
   Д. Не підходить жоден із варіантів (0 балів).
9. Користування туалетом
   А. Користується туалетом нормально, коли це потрібно (0 балів).
   Б. Потребує супроводу до туалету та допомоги при користуванні (1 бал).
   В. Не тримає сечу або кал (2 бали).
   Г. Не тримає сечу та кал (3 бали).
   Д. Не підходить жоден із варіантів (0 балів).
10. Пересування
    А. Може сідати в крісло та вставати з нього (0 балів).
    Б. Може сідати в крісло, але потребує допомоги, щоб встати з нього (1 бал).
    В. Потребує допомоги, щоб сідати в крісло та вставати з нього (2 бали).
    Г. Повна залежність: має бути посаджений у крісло та піднятий із нього (3 бали).
    Д. Не підходить жоден із варіантів (0 балів).
11. Ходьба
    А. Ходить незалежно (0 балів).
    Б. Ходить із підтримкою за меблі, руку та ін. (1 бал).
    В. Використовує пристрої для ходьби: ходунки, палицю та ін. (2 бали).
    Г. Повна неможливість ходити (3 бали).
    Д. Не підходить жоден із варіантів (0 балів).
12. Орієнтація в часі
    А. Повністю орієнтований у часі (дата, день тижня та ін.) (0 балів).
    Б. Не знає часу/дату та ін., але не виглядає дезорієнтованим (1 бал).
    В. Постійно запитує дату, день тижня та ін. (2 бали).
    Г. Плутає день та ніч (3 бали).
    Д. Не підходить жоден із варіантів (0 балів).
13. Орієнтація в місці
    А. Повністю орієнтований в оточуючій обстановці (0 балів).
    Б. Орієнтується тільки в добре знайомій обстановці (1 бал).
    В. Губиться в межах свого будинку, потребує нагадування, де ванна тощо (2 бали).
    Г. Не розпізнає свій будинок як свій, намагається його залишити (3 бали).
    Д. Не підходить жоден із варіантів (0 балів).

14. Комунікація
    А. Здатен до повної адекватної розмови (0 балів).
    Б. Демонструє розуміння, намагається відповідати словами, жестами (1 бал).
    В. Розуміє себе, але має труднощі в розумінні інших (2 бали).
    Г. Не відповідає на звернення інших осіб, повністю порушена комунікація (3 бали).
    Д. Не підходить жоден із варіантів (0 балів).

15. Користування телефоном
    А. Використовує телефон за призначенням (0 балів).
    Б. Використовує телефон, якщо номер названо або представлено письмово (1 бал).
    В. Відповідає на дзвінки, але не може здійснювати їх (2 бали).
    Г. Не в змозі використовувати телефон взагалі (3 бали).
    Д. Не підходить жоден із варіантів (0 балів).

16. Робота по дому/саду
    А. Може виконувати домашню роботу на попередньому рівні (0 балів).
    Б. Може виконувати домашню роботу, але не на попередньому рівні (1 бал).
    В. Обмежена участь у домашній роботі, навіть під наглядом (2 бали).
    Г. Нездатність/небажання до участі в попередній активності (3 бали).
    Д. Не підходить жоден із варіантів (0 балів).

17. Здатність робити покупки
    А. Робить покупки, як і раніше (0 балів).
    Б. Може зробити 1 або 2 покупки за списком або без нього (1 бал).
    В. Нездатність робити покупки самостійно, але може брати участь у закупках за допомогою інших осіб (2 бали).
    Г. Нездатність робити покупки навіть за допомогою інших осіб (3 бали).
    Д. Не підходить жоден із варіантів (0 балів).

18. Розпоряджання фінансами
    А. Відповідальність за власні фінанси на попередньому рівні (0 балів).
    Б. Не може виписати квитанцію, але може написати ім'я та визначити грошовий обсяг (1 бал).
    В. Може написати ім'я, але не може визначити грошовий обсяг (2 бали).
    Г. Не може написати ім'я та визначити грошовий обсяг (3 бали).
    Д. Не підходить жоден із варіантів (0 балів).

19. Ігри/хобі
    А. Займається, як і раніше, на попередньому рівні (0 балів).
    Б. Бере участь, але потребує інструкцій/нагляду (1 бал).
    В. Чинить спротив при включенні в гру, грає дуже повільно, необхідні вмовляння (2 бали).
    Г. Не в змозі брати участь або повне небажання приєднуватися до гри (3 бали).
    Д. Не підходить жоден із варіантів (0 балів).

20. Користування транспортом
    А. Здатен керувати автомобілем, мотоциклом або користуватися громадським транспортом самостійно (0 балів).
    Б. Не може керувати, але користується громадським транспортом чи велосипедом (1 бал).
    В. Не може користуватися громадським транспортом самостійно (2 бали).
    Г. Не може або не хоче користуватися громадським транспортом навіть у супроводі (3 бали).
    Д. Не підходить жоден із варіантів (0 балів).

Підрахувати тяжкість кожної функції та загальний бал порушень активності в повсякденному житті.

Тест 4: Нейропсихіатричний опитувальник (NPI)

Інформацію для NPI отримують від добре інформованої людини, яка здійснює догляд за пацієнтом та (бажано) мешкає разом із пацієнтом. Важливо також зауважити, що питання шкали відносяться до тих змін у поведінці пацієнта, котрі з'явилися з моменту початку даної хвороби (у нашому випадку — когнітивного страждання). Зазвичай оцінюють психопатологічні порушення за останні чотири тижні.

А. Марення

Чи має пацієнт переконання, які Ви вважаєте неправильними? (Наприклад: стверджує, що люди намагаються нашкодити йому або обікрасти його)? Чи говорить пацієнт, що члени його родини не ті, за кого себе видають, або будинок, у якому вони мешкають, не їхній будинок? Ми не кажемо про припущення, нас цікавить, чи впевнений пацієнт у таких речах, які відбуваються з ним.

☐ Так (якщо так, будь ласка, переходьте до наступних уточнюючих питань)
☐ Ні (якщо ні, будь ласка, переходьте до наступного пункту В)

1. Чи вірить пацієнт в те, що перебуває в небезпеці та що існують люди, які планують завдати йому шкоди? ☐ Так ☐ Ні
2. Чи вірить пацієнт в те, що його обкрадають? ☐ Так ☐ Ні
3. Чи вірить пацієнт в те, що його/її дружина/чоловік має когось на стороні? ☐ Так ☐ Ні
4. Чи вірить пацієнт в те, що непрохані гості живуть у нього вдома? ☐ Так ☐ Ні
5. Чи вірить пацієнт в те, що його/її дружина/чоловік або інші люди не ті, за кого себе видають? ☐ Так ☐ Ні
6. Чи вірить пацієнт в те, що це не його будинок? ☐ Так ☐ Ні
7. Чи вірить пацієнт в те, що члени родини планують позбутися його? ☐ Так ☐ Ні
8. Чи вірить пацієнт в те, що телевізійні або журнальні персонажі перебувають у нього вдома? Чи намагається він розмовляти або взаємодіяти з ними? ☐ Так ☐ Ні

БЕЗКОШТОВНА on-line передплата с. 102

9. Чи вірить пацієнт в якісь інші незвичайні речі, про які я не спитав?
   ☐ Так ☐ Ні

Якщо скринінгове питання підтверджено, визначають частоту, тяжкість, загальний бал порушення та дистрес від нього (методику наведено в кінці протоколу).

B. Галюцинації

Чи має пацієнт галюцинації, такі як бачення неіснуючих образів або слухання неіснуючих голосів? Чи бачить, чи чує, чи відчуває він речі, які зараз відсутні? Ми не маємо на увазі помилкові переконання, такі як твердження, що хтось померлий досі живий. Ми питаємо про те, чи дійсно пацієнт має помилкові переживання: слухові та/або зорові.

☐ Так (якщо так, будь ласка, переходьте до наступних уточнюючих питань)
☐ Ні (якщо ні, будь ласка, переходьте до наступного пункту C)

1. Чи описує пацієнт голоси, які він чує, або діє так, ніби чує їх?
   ☐ Так ☐ Ні
2. Чи розмовляє пацієнт із людьми, яких навколо нього немає?
   ☐ Так ☐ Ні
3. Чи описує пацієнт такі речі, які інші люди навколо нього не бачать (люди, вогники та інші)?
   ☐ Так ☐ Ні
4. Чи повідомляє пацієнт про запахи, які не сприймають оточуючі?
   ☐ Так ☐ Ні
5. Чи описує пацієнт відчуття речей у нього на шкірі, відчуття повзання мурашок або дотику до нього?
   ☐ Так ☐ Ні
6. Чи розповідає пацієнт про смакові відчуття, що з'явилися без явної причини?
   ☐ Так ☐ Ні
7. Чи описує пацієнт які-небудь інші незвичайні сенсорні відчуття?
   ☐ Так ☐ Ні

Якщо скринінгове питання підтверджено, визначають частоту, тяжкість, загальний бал порушення та дистрес від нього.

C. Ажитація/агресія

Чи є в пацієнта періоди, коли він відмовляється від співробітництва або відмовляється приймати допомогу від оточуючих? Чи є пацієнт неслухняним?

☐ Так (якщо так, будь ласка, переходьте до наступних уточнюючих питань)
☐ Ні (якщо ні, будь ласка, переходьте до наступного пункту D)

1. Чи засмучується пацієнт у випадку, коли інші намагаються надати йому допомогу, або чинить опір таким заходам, як прийняття ванни або зміна білизни тощо?
   ☐ Так ☐ Ні
2. Чи чинить опір пацієнт у разі потреби зміни обстановки для нього? Чи пацієнт завжди наполягає на тому, щоб було так, як він хоче?
   ☐ Так ☐ Ні
3. Чи чинить пацієнт опір людям, які намагаються надати йому потрібну допомогу?
   ☐ Так ☐ Ні
4. Чи має пацієнт які-небудь інші розлади поведінки, які роблять його погано керованим?
   ☐ Так ☐ Ні
5. Чи буває так, що пацієнт стає сердитим, агресивним або кричить на оточуючих?
   ☐ Так ☐ Ні
6. Чи буває так, що пацієнт грюкає дверима, штурхає меблі або розкидає речі?
   ☐ Так ☐ Ні
7. Чи робить пацієнт спроби поранити або завдати шкоди оточуючим?
   ☐ Так ☐ Ні
8. Чи має пацієнт які-небудь інші агресивні або збуджені форми поведінки?
   ☐ Так ☐ Ні

Якщо скринінгове питання підтверджено, визначають частоту, тяжкість, загальний бал порушення та дистрес від нього.

D. Депресія/дисфорія

Чи здається пацієнт пригніченим або сумним? Чи відчуває пацієнт себе сумним або пригніченим?

☐ Так (якщо так, будь ласка, переходьте до наступних уточнюючих питань)
☐ Ні (якщо ні, будь ласка, переходьте до наступного пункту E)

1. Чи бувають у пацієнта періоди сльозливості або ридання, які вказують на наявність печалі?
   ☐ Так ☐ Ні
2. Чи говорить або діє пацієнт так, як би він/вона були сумними або занепали духом?
   ☐ Так ☐ Ні
3. Чи принижує себе пацієнт або відчуває себе невдахою?
   ☐ Так ☐ Ні
4. Чи говорить пацієнт про себе як про погану людину або заслуговує бути покараним?
   ☐ Так ☐ Ні
5. Чи здається пацієнт пригніченим або говорить, що в нього немає майбутнього?
   ☐ Так ☐ Ні
6. Чи висловлює пацієнт думки про те, що він є тягарем для родини і що родині було би краще без нього?
   ☐ Так ☐ Ні
7. Чи висловлює пацієнт бажання смерті або говорить про самогубство?
   ☐ Так ☐ Ні
8. Чи проявляє пацієнт які-небудь інші симптоми депресії або печалі?
   ☐ Так ☐ Ні

Якщо скринінгове питання підтверджено, визначають частоту, тяжкість, загальний бал порушення та дистрес від нього.

E. Тривога

Чи є пацієнт збудженим, схвильованим або наляканим без об'єктивних на те причин? Чи є він напру-

женим/метушливим? Чи боїться пацієнт бути покинутим Вами?

☐ Так (якщо так, будь ласка, переходьте до наступних уточнюючих питань)

☐ Ні (якщо ні, будь ласка, переходьте до наступного пункту F)

1. Чи висловлює пацієнт занепокоєння з приводу запланованих подій?
   ☐ Так ☐ Ні
2. Чи бувають у пацієнта періоди, коли він відчуває тремтіння, неможливість розслабитися або надмірне напруження?
   ☐ Так ☐ Ні
3. Чи бувають у пацієнта періоди, під час яких він скаржиться на утруднення дихання, задуху без видимої причини, за винятком хвилювання?
   ☐ Так ☐ Ні
4. Чи скаржиться пацієнт на дискомфорт у животі або посилене серцебиття в моменти своєї нервозності (симптоми не можна пояснити захворюванням серця)?
   ☐ Так ☐ Ні
5. Чи уникає пацієнт певних місць або ситуацій, які роблять його більш схвильованим, такі як поїздка в автомобілі, зустріч із друзями або перебування в натовпі?
   ☐ Так ☐ Ні
6. Чи не засмучується пацієнт, коли залишається один, без Вас або свого родича? (намагається всіляко зачепитися за особу, яка доглядає, щоб не залишитися наодинці)?
   ☐ Так ☐ Ні
7. Чи показує пацієнт якісь інші ознаки тривоги?
   ☐ Так ☐ Ні

Якщо скринінгове питання підтверджено, визначають частоту, тяжкість, загальний бал порушення та дистрес від нього.

F. Ейфорія

Чи здається пацієнт надто веселим або надто щасливим без причини? Ми не маємо на увазі нормальне почуття щастя, яке виникає при зустрічі з друзями, отриманні подарунків, проведенні часу з родиною. Ми запитуємо, чи перебуває пацієнт постійно в ненормально гарному настрої або бачить смішне там, де інші цього не бачать?

☐ Так (якщо так, будь ласка, переходьте до наступних уточнюючих питань)

☐ Ні (якщо ні, будь ласка, переходьте до наступного пункту G)

1. Чи здається, що пацієнт перебуває в занадто гарному настрої або щасливий на відміну від його звичайного стану?
2. Чи бачить пацієнт смішне або сміється над речами, які іншим не видаються смішними?
3. Чи здається, що пацієнт має дитяче почуття гумору зі схильністю до недоречного хихикання або сміється в ситуаціях, коли щось прикре трапляється з іншими?
4. Чи відпускає пацієнт жарти або зауваження, які не є смішними для оточуючих, але йому здаються смішними?
5. Чи проявляє пацієнт дитячі пустощі, щоб посміятися над ними?
6. Чи хвалиться пацієнт або заявляє, що має більше можливостей або багатства, ніж є насправді?
7. Чи проявляє пацієнт які-небудь інші ознаки занадто гарного самопочуття або надмірного щастя?

Якщо скринінгове питання підтверджено, визначають частоту, тяжкість, загальний бал порушення та дистрес від нього.

G. Апатія/байдужість

Чи є в пацієнта втрата інтересу до навколишнього світу? Чи втратив він інтерес до людей, до звичайних справ або мотивації до початку нових видів діяльності? Чи має пацієнт труднощі, коли втягується в розмову або звичайну роботу? Чи є пацієнт апатичним або байдужим?

☐ Так (якщо так, будь ласка, переходьте до наступних уточнюючих питань)

☐ Ні (якщо ні, будь ласка, переходьте до наступного пункту H)

1. Чи здається пацієнт менш спонтанним і менш активним, ніж зазвичай?
   ☐ Так ☐ Ні
2. Чи має пацієнт труднощі, коли починає бесіду, чого раніше не було?
   ☐ Так ☐ Ні
3. Чи є пацієнт менш емоційним, ніж зазвичай?
   ☐ Так ☐ Ні
4. Чи став меншим внесок пацієнта в домашні справи останнім часом?
   ☐ Так ☐ Ні
5. Чи не здається Вам, що пацієнт менше цікавиться справами і планами оточуючих?
   ☐ Так ☐ Ні
6. Чи втратив пацієнт інтерес до своїх друзів та родини?
   ☐ Так ☐ Ні
7. Чи проявляє пацієнт менше ентузіазму у своїх звичайних інтересах?
   ☐ Так ☐ Ні
8. Чи проявляє пацієнт інші симптоми щодо стурбованості своїм зовнішнім виглядом та іншими справами?
   ☐ Так ☐ Ні

Якщо скринінгове питання підтверджено, визначають частоту, тяжкість, загальний бал порушення та дистрес від нього.

H. Розгальмованість

Чи не здається Вам, що пацієнт діє імпульсивно, не замислюючись над своїми вчинками? Чи діє він або говорить речі, які зазвичай не прийняті в суспільстві? Чи робить він речі, які бентежать Вас або інших людей?

☐ Так (якщо так, будь ласка, переходьте до наступних уточнюючих питань)

☐ Ні (якщо ні, будь ласка, переходьте до наступного пункту I)

БЕЗКОШТОВНА on-line передплата с. 102

1. Чи здійснює пацієнт вчинки імпульсивно, не замислюючись про наслідки?
   ☐ Так ☐ Ні
2. Чи звертається пацієнт до усіх незнайомих людей, ніби він знайомий із ними?
   ☐ Так ☐ Ні
3. Чи говорить пацієнт людям слова, які ображають почуття цих людей?
   ☐ Так ☐ Ні
4. Чи дозволяє собі пацієнт розмовляти грубо або відпускати жарти сексуального характеру, чого раніше не дозволяв собі?
   ☐ Так ☐ Ні
5. Чи говорить пацієнт занадто відверто про дуже особисті речі, які зазвичай не обговорюються на публіці?
   ☐ Так ☐ Ні
6. Чи дозволяє собі пацієнт вольності (чіпати руками або обіймати чи інші речі) щодо чужих (малознайомих) людей, що зазвичай не властиво його характеру?
   ☐ Так ☐ Ні
7. Чи проявляє пацієнт які-небудь інші ознаки втрати самоконтролю або імпульсивності?
   ☐ Так ☐ Ні

Якщо скринінгове питання підтверджено, визначають частоту, тяжкість, загальний бал порушення та дистрес від нього.

I. Дратівливість/лабільність настрою

Чи можете Ви сказати, що пацієнт став більш дратівливим? Чи є його поведінка дуже мінливою? Чи став він більш нетерплячим, ніж зазвичай? Ми не маємо на увазі фрустрацію від втрати пам'яті або неможливість виконати звичайне завдання; нас цікавить, чи є пацієнт зайво схвильованим, нетерплячим або швидко емоційно змінюється.

☐ Так (якщо так, будь ласка, переходьте до наступних уточнюючих питань)
☐ Ні (якщо ні, будь ласка, переходьте до наступного пункту J).

1. Чи часто пацієнт має поганий настрій, «спалахує» за незначним приводом?
   ☐ Так ☐ Ні
2. Чи швидко змінюється настрій пацієнта від гарного до поганого?
   ☐ Так ☐ Ні
3. Чи є в пацієнта раптові спалахи гніву?
   ☐ Так ☐ Ні
4. Чи проявляє пацієнт нетерпіння, коли заплановані дії відкладаються?
   ☐ Так ☐ Ні
5. Чи є пацієнт примхливим і дратівливим?
   ☐ Так ☐ Ні
6. Чи часто пацієнт вступає в суперечку і чи важко з ним ужитися?
   ☐ Так ☐ Ні
7. Чи проявляє пацієнт які-небудь інші ознаки дратівливості?
   ☐ Так ☐ Ні

Якщо скринінгове питання підтверджено, визначають частоту, тяжкість, загальний бал порушення та дистрес від нього.

J. Неадекватна рухова поведінка

Чи є в пацієнта прояви незвичайної рухової поведінки, такі як блукання з боку в бік, відчинення та зачинення шухляд столу і/або дверей туалету, багаторазове переодягання тощо?

☐ Так (якщо так, будь ласка, переходьте до наступних уточнюючих питань)
☐ Ні (якщо ні, будь ласка, переходьте до наступного пункту K)

1. Чи блукає пацієнт по дому без певної мети?
   ☐ Так ☐ Ні
2. Чи риється пацієнт у шухлядах шафи або коморі?
   ☐ Так ☐ Ні
3. Чи є в пацієнта моменти, коли він багаторазово переодягається протягом дня?
   ☐ Так ☐ Ні
4. Чи помітні в поведінці пацієнта дії (вчинки), які він неодноразово повторює?
   ☐ Так ☐ Ні
5. Чи здійснює пацієнт протягом дня стереотипні дії (рухи), такі як смикання ґудзика, збирання речей, намотування нитки тощо?
   ☐ Так ☐ Ні
6. Чи проявляє пацієнт надмірну метушливість, чи не може всидіти на місці, безперервно стукає ногами, перебирає пальцями?
   ☐ Так ☐ Ні
7. Чи здійснює пацієнт які-небудь інші дії (рухи) багаторазово протягом дня?
   ☐ Так ☐ Ні

Якщо скринінгове питання підтверджено, визначають частоту, тяжкість, загальний бал порушення та дистрес від нього.

K. Сон і нічне порушення поведінки

Чи має пацієнт порушення сну (за винятком, коли пацієнт встає один чи два рази протягом ночі, щоб сходити до туалету, і після цього швидко засинає)? Чи встає пацієнт уночі? Чи блукає він уночі? Одягається? Чи порушує він Ваш сон?

☐ Так (якщо так, будь ласка, переходьте до наступних уточнюючих питань)
☐ Ні (якщо ні, будь ласка, переходьте до наступного пункту L)

1. Чи відчуває пацієнт труднощі під час засинання?
   ☐ Так ☐ Ні
2. Чи піднімається пацієнт протягом ночі (за винятком, коли пацієнт встає один чи два рази протягом ночі, щоб сходити до туалету, і після швидко засинає)?
   ☐ Так ☐ Ні
3. Чи не блукає пацієнт уночі по будинку та чи не здійснює які-небудь невластиві дії?
   ☐ Так ☐ Ні
4. Чи порушує пацієнт Ваш сон уночі?
   ☐ Так ☐ Ні
5. Чи встає пацієнт уночі, одягається, збирається

піти, вважає, що вже ранок і необхідно починати день?
☐ Так ☐ Ні
6. Чи прокидається пацієнт раніше, ніж зазвичай?
☐ Так ☐ Ні
7. Чи витрачає пацієнт на сон зайву кількість часу вдень?
☐ Так ☐ Ні
8. Чи є в пацієнта інші розлади нічної поведінки, які турбують Вас, про які ми не поговорили?
☐ Так ☐ Ні

Якщо скринінгове питання підтверджено, визначають частоту, тяжкість, загальний бал порушення та дистрес від нього.

L. Порушення апетиту і харчової поведінки

Чи є в пацієнта які-небудь зміни апетиту, ваги або харчової поведінки (харчових звичок)? (не оцінюється, якщо пацієнт не може їсти сам і потребує годування). Чи став пацієнт віддавати перевагу іншим видам їжі, які до цього не любив?
☐ Так (якщо так, будь ласка, переходьте до наступних уточнюючих питань)
☐ Ні
1. Чи знизився в пацієнта апетит?
☐ Так ☐ Ні
2. Чи збільшився в пацієнта апетит?
☐ Так ☐ Ні
3. Чи є зниження ваги?
☐ Так ☐ Ні
4. Чи є збільшення ваги?
☐ Так ☐ Ні
5. Чи є в пацієнта зміни харчової поведінки, такі як запихання великої кількості їжі за один раз?
☐ Так ☐ Ні
6. Чи має він зміну харчових звичок (пацієнт любить їсти занадто багато солодкого або харчів якогось іншого смаку?)
☐ Так ☐ Ні
7. Чи не з'явилось таке порушення харчової поведінки, як вживання виключно одних і тих самих продуктів щодня або їжа в суворо визначеному порядку?
☐ Так ☐ Ні
8. Чи не спостерігаються якісь інші зміни в апетиті або прийомі їжі, які ми з Вами не обговорили?
☐ Так ☐ Ні

Якщо скринінгове питання підтверджено, визначають частоту, тяжкість, загальний бал порушення та дистрес від нього.

Частоту зазначених психопатологічних порушень оцінюють таким чином:
☐ 1. Рідко — менше ніж 1 раз на тиждень.
☐ 2. Іноді — 1 раз на тиждень.
☐ 3. Часто — частіше ніж 1 раз на тиждень, але менше ніж щодня.
☐ 4. Дуже часто — 1 або більше ніж 1 раз на день.

Тяжкість психопатологічних та поведінкових симптомів визначають за такою шкалою:
☐ 1. Легка — мало турбує пацієнта.
☐ 2. Помірна — більш серйозно турбує пацієнта, але може бути скоригована особою, яка доглядає.
☐ 3. Виразна — дуже турбує пацієнта і не може бути скоригована особою, яка доглядає.

Загальний бал кожного порушення визначають за формулою: частота порушення х тяжкість порушення.

Для оцінки дистресу особи, яка доглядає за пацієнтом, їй пропонують оцінити свої власні страждання, ставлячи таке питання: «Наскільки Ви зазнаєте емоційного або психологічного страждання внаслідок догляду за пацієнтом?» Оцінка дається за 5-бальною шкалою для кожного з 12 пунктів шкали NPI:
☐ 0. Дистрес відсутній.
☐ 1. Мінімальний дистрес (догляд за пацієнтом майже ніяк не змінює заведеного порядку життя).
☐ 2. Легкий дистрес (догляд за пацієнтом викликає невеликі зміни заведеного порядку, котрі потребують незначного часу для відновлення).
☐ 3. Помірний дистрес (догляд за пацієнтом порушує заведений порядок і потребує часу для його відновлення).
☐ 4. Тяжкий дистрес (догляд за пацієнтом руйнує заведений порядок; викликає страждання в особи, яка доглядає, та інших осіб, які проживають із пацієнтом; потребує значних витрат часу).
☐ 5. Надзвичайно тяжкий (догляд дуже сильно руйнує заведений порядок; є джерелом великого страждання для особи, яка доглядає, та інших осіб, які проживають із пацієнтом; потребує значного часу та зусиль).

Таким чином, для кожної психопатологічної та поведінкової категорії є чотири показники оцінки:
- Частота
- Тяжкість
- Загальний бал (частота х тяжкість)
- Дистрес особи, яка доглядає.

Повний загальний бал NPI може бути підрахований шляхом складання показників загальних балів 12 категорій. Підрахунок категорії дистресу не включається в загальний бал NPI. Загальний бал дистресу обчислюють шляхом складання балів дистресу по кожній із 12 категорій.

Застосування стандартного нейропсихіатричного опитувальника обов'язкове у випадках легкої або сумнівної деменції.

Під час діагностики деменції і на регулярній основі після встановлення діагнозу необхідно проводити оцінку на наявність супутніх захворювань і ключових психіатричних особливостей, пов'язаних із деменцією, включаючи депресію і психоз, для забезпечення оптимального ведення супутніх захворювань.

2) Лабораторні дослідження

Базове обстеження пацієнта з деменцію проводиться при встановленні діагнозу, зазвичай в рамках надання первинної медичної допомоги, та включає:
- рутинну гематологію;
- біохімію (включаючи електроліти, кальцій, глюкозу і тестування ниркової та печінкової функцій);

БЕЗКОШТОВНА on-line передплата с. 102

- тестування функції щитоподібної залози;
- рівні ціанокобаламіну, фолату, гомоцистеїну в сироватці.

При проведенні лабораторних досліджень в осіб із підозрою на деменцію немає потреби в рутинному проведенні серології на сифіліс та ВІЛ; такі аналізи слід розглядати тільки для груп ризику за анамнезом або клінічною картиною.

За можливості розвитку делірію необхідно провести аналіз середньої порції сечі.

Необхідність таких досліджень, як рентгенографія грудної клітки або електрокардіографія, визначають клінічні прояви.

Аналіз спинномозкової рідини не є частиною програми рутинних досліджень при діагностиці деменції.

3) Діагностика підтипів деменції повинна проводитися відповідними фахівцями вторинної/третинної медичної допомоги з досвідом диференціальної діагностики з використанням міжнародних стандартизованих критеріїв (див. табл. 1).

Таблиця 1. Критерії діагностики деменції

Тип деменції	Діагностичні критерії
Хвороба Альцгеймера	Перевага критеріїв: NINCDS/ADRDA. Альтернативи включають МКХ-10 і DSM-IV
Судинна деменція	Перевага критеріїв: NINDS-AIREN. Альтернативи включають МКХ-10 і DSM-V
Деменція з тільцями Леві	Критерії міжнародного консенсусу для деменції з тільцями Леві
Лобно-скронева деменція	Критерії Лунд-Манчестер, критерії NINDS для лобно-скроневої деменції
DSM-V — Настанова з діагностики та статистичного обліку психічних розладів, п'яте видання NINCDS/ADRDA — Національний інститут із вивчення неврологічних і комунікативних порушень та інсульту й Асоціація вивчення хвороби Альцгеймера і супутніх захворювань NINDS-AIREN — Відділення нейроепідеміології Національного інституту з вивчення неврологічних порушень та інсульту — Міжнародна асоціація з дослідження та навчання в галузі нейрологічних наук	

Хвороба Альцгеймера діагностується, коли відповідає критеріям деменції і симптоми мають поступовий початок протягом місяців до років, не раптово за години або дні, і супроводжується погіршенням когнітивних функцій. Крім того, початкові і найбільш очевидні когнітивні порушення, як правило, амнестичні (пов'язані з порушеннями в навчанні та згадуванні недавно отриманої інформації) або, рідше, неамнестичні (коли дефіцит мови є найбільш помітним, наприклад із труднощами добираються слова). Дефіцит також відбувається в інших галузях, таких як зорово-просторова орієнтація (впізнавання особи або об'єкту) і виконавчі функції (мислення, судження, вирішення проблем). Діагноз імовірної хвороби Альцгеймера не слід застосовувати, коли є істотні супутні захворювання судин головного мозку.

Діагноз можливої хвороби Альцгеймера встановлюють, коли хвороба відповідає критеріям хвороби Альцгеймера (щодо природи когнітивних порушень), але перебіг хвороби є атиповим (наприклад, існує раптове когнітивне порушення і когнітивне зниження не є поступовим), або коли хвороба відповідає критеріям хвороби Альцгеймера, але є докази змішаних проявів, таких як супутніх цереброваскулярних хвороб, або пацієнт має клінічні ознаки деменції з тільцями Леві, має інші супутні захворювання (медичні або неврологічні) або застосовує ліки, які можуть істотно впливати на когнітивні можливості.

Легке когнітивне порушення діагностується, коли є побоювання щодо зниження когнітивної функції за повідомленням пацієнта, інформатора або лікаря та існує об'єктивне свідчення когнітивного дефіциту в 1 або більше доменів (зазвичай пам'ять) і, найголовніше, зберігається незалежність функціональних здібностей. Диференціація деменції від легкого когнітивного порушення спирається на тому, чи є значний вплив на здатність функціонувати на роботі або у звичайному повсякденному житті. Це є клінічним судженням. Подальша оцінка розглядає патогенез легкого когнітивного порушення з наголосом на виключення судинних, травматичних і медичних причин та генетичні фактори хвороби Альцгеймера.

Структурну візуалізацію слід застосовувати для оцінки головного мозку в пацієнтів, у яких підозрюють наявність деменції, для виключення інших патологій головного мозку і сприяння діагностиці підтипу деменції. МРТ є кращим методом для ранньої діагностики та виявлення підкіркових судинних змін, хоча може використовуватися і КТ. Для осіб із помірною та важкою формами деменції, яким вже встановлено діагноз, візуалізація не завжди необхідна. Слід звернутися за консультацією до фахівця при інтерпретації результатів сканування людей із порушенням здібності до навчання.

Для диференціації між хворобою Альцгеймера, судинною деменцією і лобно-скроневою деменцією, якщо діагноз сумнівний, слід використовувати однофотонну емісійну комп'ютерну томографію (ОФЕКТ) з гексаметилпропіленаміноксимом (HMPAO). Люди із синдромом Дауна протягом усього життя можуть демонструвати ОФЕКТ-відхилення, схожі на відхилення при хворобі Альцгеймера, тому в цій групі застосування даного тесту недоцільне.

За відсутності доступу до HMPAO ОФЕКТ слід розглянути можливість застосування ПЕТ з 2-[18F]-фтор-2-деокси-D-глюкозою для диференціації між хворобою Альцгеймера, судинною деменцією і лобно-скроневою деменцією, якщо діагноз сумнівний.

Dopaminergic iodine-123-radiolabelled 2β-carbomethoxy-3β-(4-iodophenyl)-N (3-fluoropropyl)nortropane ОФЕКТ слід використовувати для встановлення діагнозу в людей із передбачуваною деменцією з тільцями Леві, якщо діагноз сумнівний.

Аналіз спинномозкової рідини слід застосовувати при підозрі на хворобу Крейтцфельда — Якоба або інші форми швидкопрогресуючої деменції.

Немає потреби використовувати ЕЕГ як рутинне дослідження в людей із деменцією. Слід розглянути можливість використання ЕЕГ при підозрі на делірій, лобно-скроневу деменцію або хворобу Крейтцфельда — Якоба або при оцінці наявності епілепсії в людей із деменцією.

Слід розглянути можливість біопсії мозку для діагностичних цілей тільки в пацієнтів, деменція яких, як передбачається, зумовлена потенційно зворотним станом, який не може бути діагностований іншим способом.

Змішані типи деменції. Багато випадків деменції можуть мати змішану патологію (наприклад, хвороба Альцгеймера і судинна деменція або хвороба Альцгеймера і деменція з тільцями Леві). Якщо не вказано інше, такі випадки слід вести відповідно до захворювання, яке вважається домінуючою причиною виникнення деменції.

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 їхніх 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 із пацієнтами з деменцією, а також членами їхніх сімей (як правило, тільки за згодою особи з деменцією). Фахівці в галузі охорони здоров'я повинні враховувати, що пацієнтам із деменцією та членам їхніх сімей, можливо, буде потрібна постійна підтримка для того, щоб справлятися з труднощами, що виникли після встановлення діагнозу. Після встановлення діагнозу медичні працівники повинні, якщо стан пацієнта з деменцією явно не вказує на зворотне, 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 повинні 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 із надання допомоги необхідно враховувати мінливі потреби пацієнтів із різними типами деменції. Плани з надання допомоги завжди повинні 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 в супроводі оцінки та консультацій лікаря-фізіотерапевта (у разі потреби);
- підтримку бажання людей перебувати в себе вдома і брати участь у діяльності, що доставляє їм задоволення.

4) Втручання для поліпшення когнітивних симптомів і збереження функціонування людей із деменцією

А) Нефармакологічні інтервенції для поліпшення когнітивних симптомів і збереження функціонування. Пацієнтам із легкою і помірною формами деменції всіх типів слід надати можливість участі в структурованій групі програми когнітивної стимуляції. Таку участь можуть запропонувати медичні працівники за умови 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 і помірної форми хвороби Альцгеймера. Лікування інгібіторами АХЕ повинно здійснюватися з дотриманням таких умов: тільки фахівці в галузі надання допомоги пацієнтам із деменцією (тобто лікарі-психіатри, лікарі-неврологи і 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

БЕЗКОШТОВНА on-line передплата с. 102

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, у разі потреби, можна призначити альтернативний інгібітор АХЕ, беручи до уваги профіль небажаних явищ, очікування відносно комплаєнтності, супутню патологію, можливість взаємодії препаратів і профіль дозування;
- можливий профіль небажаних явищ включає ризик шлунково-кишкової кровотечі, особливо в пацієнтів із виразковою хворобою або в 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 із помірною формою хвороби Альцгеймера, які не переносять інгібітори АХЕ або мають протипоказання до їх застосування, або з важкою 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 коригування, котрі вони вважатимуть необхідними. Медичні працівники повинні також пам'ятати про необхідність забезпечення рівності доступу до лікування для пацієнтів різних етнічних груп, особливо пацієнтів із 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, у яких це є недоречним. Наприклад:

- якщо оцінка когнітивної функції не є або не є сама по собі клінічно доцільним 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 в людей із судинною деменцією, за винятком використання в рамках клінічних досліджень, організованих належним чином. Інгібітори АХЕ не слід призначати в рутинній практиці для людей із ПКП.

Г) Інші препарати для лікування деменції

Церебролізин може застосовуватися при непереносимості або передбачуваній неефективності лікування у випадках легкої і помірно важкої деменції після спроб лікування пацієнта інгібіторами АХЕ або у випадках помірної тяжкості деменції після лікування мемантином.

Гінкго білоба може застосовуватися при непереносимості або передбачуваній ефективності лікування у випадках легкої і помірно важкої деменції після спроб лікування пацієнта інгібіторами АХЕ або у випадках помірної тяжкості 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 в 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 розгальмовування, апатію та агресивну мовну діяльність, наприклад крик.

А) Нефармакологічні інтервенції для ведення некогнітивних симптомів і проблемної поведінки

Пацієнтам із деменцією, у яких розвиваються некогнітивні симптоми, що викликають у них значний стрес, або в 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, делірій, 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 й регулярно переглядати індивідуалізовані плани з надання допомоги особам, які здійснюють догляд, і іншому персоналу, як поводитися належним чином у ситуаціях прояву 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 із надання допомоги. Підходи, які можуть розглядатися, залежно від наявності, включають у 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 співробітниками служби медичної допомоги, соціальної допомоги та волонтерами в умовах відповідної підготовки і нагляду.

При неефективності нефармакологічних втручань використовують фармакотерапію.

Б) Фармакологічні інтервенції для поліпшення некогнітивних симптомів і проблемної поведінки

Пацієнтам із 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 із надання допомоги, що включає ведення поведінкової проблеми. У випадку, якщо стрес та/або збудження перебігають у менш важкій формі, 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 важких випадках розглянути рисперидон, оланзапін, арипіпразол. За показаннями застосовують антидепресанти (міртазапін, тразодон, венлафаксин та селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну).

Пацієнтам із деменцією з тільцями Леві з легкими і помірними некогнітивними симптомами не слід призначати антипсихотичні препарати, оскільки вони знаходяться в групі ризику розвитку важких 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 із деменцією та/або особами, які здійснюють догляд, можливі переваги і ризики 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. У разі потреби 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 потреби).

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

Пацієнтам із легкою і помірною формами 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 із 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 із 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 із 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.

БЕЗКОШТОВНА on-line передплата с. 102

За наявності симптомів тривоги та ажитації 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 із 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 із великою обережністю можуть бути використані в ажитованих пацієнтів із деменцією, але вони не є препаратами вибору.

В) Проблемна поведінка, що потребує 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. Ці 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; слабке клінічне керування. Медичні працівники повинні пройти підготовку, щоб бути готовими до розвитку проблемної поведінки і відповідним чином впливати на прояви насильства, агресії й 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 й надмірного збудження в пацієнтів із 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 й надмірного збудження, особливо в 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 ці 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 й надмірного збудження

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

Фармакологічне лікування для контролю насильства, агресії й надмірного збудження слід використовувати для заспокоєння пацієнта з деменцією і зменшення ризику насильства й 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 седації. 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 застосовано фізичне обмеження, через такі ризики, як: втрата свідомості замість седації; надмірна седація з втратою концентрації уваги; розрив відносин між людиною з деменцією, особами, які здійснюють за нею догляд, і групою медичної допомоги; питання, пов'язані з віком і фізичним психічним здоров'ям.

Пацієнтам із 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 седацію. Це слід внести до офіційних документів.

Спосіб застосування препарату: за необхідності фармакологічного контролю насильства, агресії й надмірного збудження слід віддавати перевагу пероральним препаратам перед парентеральними. За необхідності застосування саме парентерального лікування для контролю насильства, агресії й надмірного збудження слід вибирати внутрішньом'язовий шлях введення, оскільки він безпечніший, ніж внутрішньовенний. Внутрішньовенне введення слід використовувати тільки у виняткових випадках. Після парентерального лікування для контролю насильства, агресії й надмірного збудження необхідно стежити за основними показниками життєдіяльності. Якщо пацієнт спить, необхідне застосування більш інтенсивного моніторингу. Артеріальний тиск, пульс, температуру й частоту дихання необхідно реєструвати відповідно до застережень, наведених в інструкції для медичного застосування препарату.

Внутрішньом'язові засоби для контролю поведінки. Якщо для контролю поведінки потрібне

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 в пацієнтів із 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 із деменцією з депресією та/або занепокоєнням

Надання допомоги пацієнтам із деменцією повинно включати оцінку та моніторинг депресії та/або занепокоєння. Для пацієнтів із деменцією, у яких розвинулися депресія та/або занепокоєння, як складові лікування слід розглянути можливість застосування когнітивної поведінкової терапії, у т. ч. активну участь особи, яка здійснює догляд, а також повинна бути доступна індивідуально підібрана допомога, наприклад ремінісцентна терапія, мультисенсорна стимуляція, анімалотерапія і фізичні вправи.

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

Пацієнтам із деменцією, які також мають серйозний депресивний розлад, необхідно запропонувати лікування антидепресантами. Лікування має бути ініційовано співробітниками, що пройшли спеціальну підготовку, які мають 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 повинна бути надана амбулаторно, проте за певних обставин можна розглянути можливість психіатричної госпіталізації, у тому числі якщо:

- пацієнт із деменцією демонструє серйозні прояви і потребує переміщення до спеціалізованої установи заради його власного здоров'я та безпечності та/або безпеки інших людей (у 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 із деменцією

А) Паліативна допомога і питання кінця життя.

Допомога в разі деменції повинна включати паліативну допомогу з моменту встановлення діагнозу до смерті. Вона повинна прагнути підтримувати якість життя пацієнтів із 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 із 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 пацієнти з деменцією, що помирають, мають такий самий вільний доступ до паліативної допомоги, як і люди без деменції. Фахівці первинної медичної допомоги повинні гарантувати оцінку потреб пацієнтів із 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 із 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 корисними 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 в пацієнтів із важкою 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 із тяжкою формою деменції страждає від лихоманки, особливо на термінальних стадіях, слід застосувати клінічну оцінку. Може бути достатньо застосування простих анальгетиків, жарознижувальних і механічних засобів охолодження. На термінальних стадіях деменції як паліативні заходи слід розглянути застосування антибіотиків, проте це потребує індивідуальної оцінки.

Встановлений порядок у лікарнях та установах довгострокового перебування, у центрах сестринського догляду або безперервної медичної допомоги повинен відображати той факт, що серцево-легенева реанімація навряд чи буде успішною у випадках зупинки серця в пацієнтів із тяжкою стадією деменції. За відсутності дійсного попереднього рішення про відмову від реанімації рішення про проведення реанімації повинно враховувати будь-які висловлені побажання або пере-

БЕЗКОШТОВНА on-line передплата с. 102

конання пацієнта з деменцією разом із позицією осіб, які здійснюють догляд, і членів мультидисциплінарної команди. Таке рішення повинно бути внесено до історії хвороби і планів із надання допомоги.

Б) Полегшення болю. Якщо пацієнт із деменцією демонструє незрозумілі зміни в поведінці та/або ознаки стресу, співробітники медичної допомоги повинні оцінити вираженість болю, використовуючи, у разі потреби, наглядові інструменти для оцінки болю. Проте слід розглянути і інші можливі причини. Лікування болю в пацієнтів із важкою 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 надходження пацієнта з деменцією до установи проживання з доглядом.

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

- індивідуальне або групове навчання психологічній самодопомозі;
- 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 із деменцією;
- залучення інших членів сім'ї, а також лікуючого лікаря первинної медичної допомоги до участі в сімейних зустрічах.

Слід приділяти увагу залученню пацієнтів із деменцією до навчання психологічній самодопомозі, участі в 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, що 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 (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, підібраною для конкретної людини з деменцією і запропонованою в середовищі, що відповідає її потребам. По можливості дані послуги слід забезпечувати в 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.drlz.com.ua/

Надання медичної допомоги пацієнтам із 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. У сільській місцевості допомога може надаватись 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, церебролізин.

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, церебролізин.

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, церебролізин.

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

6.1.1. Наявність у лікуючого лікаря, який надає первинну медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта із деменцією.

6.1.2. Наявність у лікуючого лікаря-невролога, лікаря-психіатра, який надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта із деменцією.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

6.2.1.А) Наявність у лікуючого лікаря, який надає первинну медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта із деменцією

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та паліативної медичної допомоги «Деменція».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) у регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2016 рік — 90%

2017 рік та подальший період — 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікуючими лікарями, які надають первинну медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, у тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора становить загальну кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора становить загальну кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта із деменцією (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікуючим лікарем, який надає первинну медичну допомогу.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.2.А) Наявність у лікуючого лікаря-невролога, лікаря-психіатра, який надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта із деменцією

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та паліативної медичної допомоги «Деменція».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) у регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2016 рік — 90%

2017 рік та подальший період — 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями-неврологами, лікарями-психіатрами, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

БЕЗКОШТОВНА on-line передплата с. 102

в) Дані надаються поштою, у тому числі електронною поштою.
г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів-неврологів, лікарів-психіатрів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.
ґ) Знаменник індикатора становить загальну кількість лікарів-неврологів, лікарів-психіатрів, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів- неврологів, лікарів-психіатрів, зареєстрованих на території обслуговування.
д) Чисельник індикатора становить загальну кількість лікарів-неврологів, лікарів-психіатрів, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта з деменцією (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарями-неврологами, лікарями-психіатрами.
е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

Директор Медичного департаменту
В. Кравченко

VII. ПЕРЕЛІК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ, ВИКОРИСТАНИХ ПРИ РОЗРОБЦІ УНІФІКОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ПРОТОКОЛУ

1. Електронний документ «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Деменція», 2016.
2. Наказ МОЗ України від 14.03.2016 № 183 «Про затвердження восьмого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
3. Наказ МОЗ України від 27.12.2013 № 1150 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів».
4. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 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 за № 2001/22313.
5. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування».
6. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 735 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування».
7. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 739 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру».
8. Наказ МОЗ України від 02.03.2011 № 127 «Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень».
9. Наказ МОЗ України від 28.10.2002 № 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 за № 892/7180.
10. Наказ МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».