

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

## **У П А Т С Т В О**

### **ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ТРЕТМАН НА ПАЦИЕНТ СО ДЕМЕНЦИЈА**

#### **Член 1**

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при третман на пациент со деменција.

#### **Член 2**

Начинот на медицинското згрижување при третман на пациент со деменција е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

#### **Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при третман на пациент со деменција по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

#### **Член 4**

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази притретман на деменција („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14).

#### **Член 5**

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2731/1  
27 февруари 2015 година  
Скопје

**МИНИСТЕР**  
**Никола Тодоров**

---

## ТРЕТМАН НА ПАЦИЕНТ СО ДЕМЕНЦИЈА

МЗД Упатство  
18.6.2013 • Последна промена 30.5.2014  
Ari Rosenvall

- Основи
- Мерки за поддршка при амбулантска нега
- Трансфер на пациентот од дома до институција
- Фактори кои ги влошуваат симптомите на деменција
- Принципи на медикаментозната терапија за бихејвиоралните симптоми
- Примери на медикаментозна терапија
- Поврзани извори

### ОСНОВИ

- Да им се даде поддршка на членовите на семејството кои се грижат за пациентот со деменција дома и тие да се обидат да го распределат нивното време така што ќе можат да си посветат време себеси, слободни од обврските за нега.
- Одлука за трансфер на пациентот во институција за нега треба да се донесе ако постојат ризик фактори на кои не може да им се делува дури и со чести посети на сервисите за домашна нега.
- Факторите кои го напрегаат пациентот со деменција треба да се избегнуваат, исто како и промените кои може да ги влошат симптомите.
- Ефективноста и потребата од медикаментозна терапија треба редовно да биде проценувана.

### МЕРКИ ЗА ПОДДРШКА ПРИ АМБУЛАНТСКА НЕГА

- Значајно е да се поддржат тие кои се грижат за пациентот дома. Пациентите со деменција, дури и ако живеат сами, може да добиваат поддршка од страна на сервисите за домашна нега или координаторот за нега на деменција.
- Редовните посети на здравствен центар или домашни посети, на пример секој трет месец, се неопходни за да се препознаат проблемите при нивното појавување.
- Да се организираат посети од страна на медицинска сестра и други сервиси за домашна посета.
- Да се обезбедат неопходните сертификати потребни за бенефетите од социјалната заштита и медицинските надоместоци.
- Да се обезбеди информација за локалните асоцијации за пациенти со деменција и за нивните негуватели.
- Дневните центри за нега и клубови за лица со деменција се покажале дека се од бенефит и исто така им овозможуваат слободно време на членовите на семејството кои се грижат за пациентите.
- Да се организира краткотрајна или дневна нега согласно на потребите на членот на семејството одговорен за домашната нега. Во најдобар случај тие може да помогнат во одржувањето на функционалната способност на болниот.
- Локалните амбулантски клиници за деменција може да обезбедат следење барем за пациентите на кои им е потребна интензивна поддршка. Тие исто така служат како центри за консултација за нега.
- Легалниот старател треба да се ангажира за пациентот ако е на друг начин невозможно да се подмират финансиите и другите практични потреби.

## ТРАНСФЕР НА ПАЦИЕНТОТ ОД ДОМА ДО ИНСТИТУЦИЈА

- Најчести причини за континуирана институционализација се
  - нарушување во однесувањето, особено агресија (најчест случај)
  - стрес или болест на негувателот
  - губиток на моторните функции
  - губиток на секојдневните животни активности (одење во тоалет, миење)
  - инконтиненција
  - неспособност за препознавање на роднините и домашната средина
  - неспокојство во тек на ноќта.
- Како резултат на недостаток на увид во сопствената состојба, лицата со деменција често сакаат да останат во нивниот дом дури и ако условите за нешто такво веќе не постојат. Кога членот на семејството сака да престане со домашната нега, причините за неговата/нејзината намера треба да се продискутираат. Ако причините неможат да се надминат, треба да се организира долготраен третман во институција. Негувател со познавање на достапната поддршка (и искуство во користењето на достапните сервиси) е најдобриот експерт кога се разгледува можноста за продолжена домашна нега.
- Дневните визити од страна на медицинска сестра и ноќните патроли го продолжуваат периодот на домашен третман на пациентот кој живее сам. Во некои случаи може да се користат и електронски методи на надзор. Дементното лице не е способно да ги користи персоналните алармни уреди. Случајно предизвикан оган и изгубувањето се најголемите опасности. Одлуката за институционална нега се носи ако анализата за ризикот покажува опасности кои не може да бидат совладани дури и ако посетите за домашна нега се чести. Кога болеста напредува, најдоброто решение е групен дом за лица со деменција, дом за стари лица или домашна единица која обезбедува супервизија во секое време.

## ФАКТОРИ КОИ ГИ ВЛОШУВААТ СИМПТОМИТЕ НА ДЕМЕНЦИЈА

- Треба да се детерминираат факторите кои го нарушуваат функционалниот капацитет на пациентот и ако е можно, да се отстранат. Нештата кои треба да се избегнуваат се:
  - непознати места (да се патува само со член од семејството)
  - останување сам подолг временски период
  - премногу стимулуси (на пример: прилики со премногу непознати лица)
  - темнина (соодветно светло и во текот на ноќта)
  - сите инфекции (уринарната инфекција е најчеста)
  - операции и анестезија: само кога тоа е неопходно (спиналната анестезија не значи дека е побезбедна од општата анестезија)
  - топло време (топлина, губиток на течност)
  - прекумерно земање на лекови.

## ПРИНЦИПИ НА МЕДИКАМЕНТОЗНАТА ТЕРАПИЈА ЗА БИХЕЈВИОРАЛНИТЕ СИМПТОМИ

- Третманот на бихејвиоралните симптоми примарно е нефармаколошки, на пример со лекување на факторите како инфекции, болка или чувство на несигурност кои може да бидат тригер за симптомите, заедно со соодветно однесување со почит кон пациентот.
- Психофармаколошките лекови треба да се користат само во ниски дози и краток период (помалку од 6 недели). Вечерната доза може да е повисока, со оглед на тоа дека вознемиреноста во текот на ноќта е опасна.
- Кај Алцхајмеровата болест и васкуларната деменција, антидепресивната терапија треба да се примени кога има сомневање за депресија или анксиозност (ннд - **C**). Вознемиреноста и агресијата може да бидат предизвикани од анксиозноста, во кој случај антидепресивите може да бидат ефективни (ннд - **D**).
- Ако другите мерки на третман се покажат како неефективни, може да се ординираат атипични антипсихотици. Примарен избор е рisperидонот, кој е единствен лек

специфично лицензиран за третман на бихејвиоралните симптоми на деменцијата. Одговорот е индивидуален и за да се постигнат најдобрите резултати може да биде корисно да се тестираат неколку лекови. Кога е потребен брз одговор кај итните случаи, може да биде администриран парентерален халоперидол интравенски или интрамускулно во ниски дози (2.5-5мг).

- Бензодијазепините со интермедијарно времетраење на дејството, како охазерам, може да бидат континуирано користени или по потреба.
- Donepezil, rivastigmine, galantamine и memantine исто така имаат ефект на бихејвиоралните симптоми.

## ПРИМЕРИ НА МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПИЈА

- Бензодијазепини
  - Охазерам 7.5-30 мг навечер, исто така и во текот на денот ако е потребно.
  - Темазерам 10-30 мг навечер, ако е потребно; за третман на анксиозност, исто така 5-10 мг преку ден; брз ефект.
- Антипсихотици (ннд - **A**)
  - Risperidone (ннд - **A**) за агресивни и психотични симптоми 0.25-0.5 мг два пати дневно
  - Quetiapine 12.5-25 mg x1, зголемен до 25mg x 2, особено за пациенти кај кои ризперидонот предизвикува несакани ефекти (како пациенти чија болест има карактеристики на Lewy body деменција)
  - Haloperidol за анксиозност и вознемиреност со доза 0.25-0.5 мг x 2-3 дневно; ефективен, но екстрапирамидните несакани ефекти се чести (ннд - **C**).
- Антидепресиви (ннд - **C**)
  - Citalopram 10-20 мг или escitalopram 5-10 мг еднаш дневно; активирачки
  - Sertraline 25-50 мг x 1
  - Mirtazapine 7.5-15-30 мг x 1 навечер (седативен)
- Антихолинестерази и memantine
  - Лековите за деменција се индицирани не само за одржување на когнитивниот статус, туку исто така и за третман на бихејвиоралните симптоми.
- Третман на инсомнија
  - За нарушувањата на циркадијалниот ритам кај пациентите со деменција може да се проба со светлосна терапија наутро во комбинација со мелатонин 2-6 мг навечер.
  - Темазерам и бензодијазепинските хипнотици (zaleplon, zolpidem, zopiclone) може да се користат во тек на кратки периоди.

## ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

### Кохранови прегледи

- Супституционата хормонска терапија кај жени со Алцхајмерова болест се покажала како неефективна во одржувањето на когнитивната функција (ннд - **B**).
- CDP-holin (цитидин 5'-дифосфохолин) се покажало дека има позитивен ефект на меморијата и однесувањето, барем во краткотраен до среден временски период, во третманот на хроничните мозочни растројства кај стари лица (ннд - **B**).
- Когнитивната стимулација може да е од бенефит за когницијата кај лица со лесна до умерена деменција, повеќе од било кој медикаментозен ефект (ннд - **C**).
- Фолната киселина, со или без витамин Б12, може да не покаже некој ефект од бенефит на когнитивната функција или расположението кај неселектирани здрави постари лица или кај постари лица со когнитивен дефицит (ннд - **C**).
- Мелатонинот веројатно е неефективен во справувањето со когнитивните и некогнитивните секвели од деменцијата (ннд - **C**).
- Nimodipine 90мг/дневно може да има некој бенефит кај пациенти со карактеристики на деменција како резултат на Алцхајмерова, цереброваскуларна или мешана болест (ннд - **C**).

- Масажата и допирот изгледа се од бенефит кај лица со деменција, но доказите се недоволни за генерални заклучоци (ннд - **D**).
- Постојат недоволни докази за ефективноста на програмите за физичка активност на старите лица со деменција (ннд - **D**).
- Risetam-от може да има некој ефект во третманот на деменцијата или когнитивниот дефицит, но од доказите не може да се заклучи (ннд - **D**).
- Доказите за ефектот на продолжената нега за лицата со деменција или за нивните негуватели се недоволни (ннд - **D**).
- Не постојат никакви докази за ефикасноста на мултисензорната стимулација за деменцијата (ннд - **D**).
- Trazodon-от веројатно не е ефективен како третман за бихејвиоралните и психолошките манифестации на деменцијата (ннд - **C**).
- Valproat-от изгледа нема никаков ефект во лекувањето на агитацијата кај дементните пациенти, но веројатно ги зголемува несаканите ефекти. Како и да е, доказите се недоволни (ннд - **D**).
- Не постои доказ кој ја поддржува употребата на thioridazine кај деменцијата и неговата употреба изгледа ги експонира пациентите на поизразени несакани ефекти (ннд - **D**).
- Програмите за вежбање може да имаат влијание на подобрувањето на способноста за извршување на секојдневните активности и веројатно на подобрувањето на когницијата кај лицата со деменција (ннд - **C**).
- Лицата со деменција може да имаат бенефит од психолошките третмани засновани на психолошки модел во редуцирањето на депресивните симптоми (ннд - **C**).
- Мелатонинот веројатно не е од бенефит, но тразодонот може да го подобри спиењето кај потешкотиите со сонот асоцирани со Алцхајмеровата болест. Не постои достапен доказ за други лекови користени за потешкотиите со сонот (ннд - **C**).

### **Други докази**

- Разни бихејвиорални третмани може да имаат некој ефект за бихејвиоралните растројства кај деменцијата (ннд - **D**).
- Olanzapine-от веројатно е ефективен за психолошките и бихејвиоралните симптоми кај пациентите со деменција, но изгледа ја зголемува седацијата и нарушувањата во одењето (ннд - **B**).

### **Клинички упатства**

- Лекување на пациенти со деменција. Шкотска интерколегијална мрежа на упатства (SIGN). Упатство Бр. 86.

### **Литература**

#### **Клинички практични прегледи**

- Ballard C, Gauthier S, Corbett A et al. Alzheimer's disease. Lancet 2011;377(9770):1019-31. PubMed

#### **Друга литература**

- Dowling GA, Burr RL, Van Someren EJ, Hubbard EM, Luxenberg JS, Mastick J, Cooper BA. Melatonin and bright-light treatment for rest-activity disruption in institutionalized patients with Alzheimer's disease. J Am Geriatr Soc 2008 Feb;56(2):239-46. PubMed

Претходни автори:

Raimo Sulkava

Последно ажурирање 18.6.2013 • Последна промена 30.5.2014

Article ID: ebm00758 (036.057)  
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- 1. EBM Guidelines, 18.6.2013, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com).**
- 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
- 3. Предвидено следно ажурирање во 2016 г.**

**Упатството го ажурирала Ас. д-р З. Бабинкостова, м-р сци.  
Координатор: Проф. д-р К. Зафировска**