

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**  
**ЗАБОЛУВАЊЕ СО НАРУШЕНО ПАМЕТЕЊЕ**

**Член 1**

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при третман на пациент со заболување со нарушено паметење.

**Член 2**

Начинот на медицинското згрижување при третман на пациент со заболување со нарушено паметење 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 заболување со нарушено паметење 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 за третман на заболувањата со нарушено паметење („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. 17-2609/1  
27 февруари 2015 година  
Скопје

**МИНИСТЕР**  
**Никола Тодоров**

---

## ТРЕТМАН НА ПАЦИЕНТ СО ЗАБОЛУВАЊЕ СО НАРУШЕНО ПАМЕТЕЊЕ

МЗД Упатство  
30.5.2014

- Основи
- Мерки за поддршка во амбулантната служба
- Трансфер на болниот од својот дом до соодветната институција
- Фактори кои ги влошуваат симптомите на деменцијата
- Начела за лекување на бихејвиоралните симптоми
- Терапија
- Поврзани извори
- Референци

### ОСНОВИ

- *Поддржете ги членовите на семејството кои водат грижа за дементниот пациент во домашни услови и се трудат да им организираат време кое ќе може самостојно да го поминат без да бидат надгледувани од негувателите*
- Одлуката за сместување на болниот во соодветна институција за понатамошна грижа треба да се донесе дури кога ризичните факторите не можат да му наштетат, односно дури кога и посетите на службите за грижа на ваквите болни во домашни услови се најредовни.
- Факторите кои им влијаат на болните со деменција би требало да се избегнуваат, како и промените кои може да ги влошат симптомите.
- Ефикасноста и потребата од лекови би требало правилно да се процени.

### МЕРКИ ЗА ПОДРШКА ВО АМБУЛАНТНАТА СЛУЖБА

- *Најважно е да се поддржи лицето кое води грижа за пациентот кој живее во домашни услови.* Пациентите со деменција кои можат да живеат сами треба да бидат помогнати од страна на службите за домашна нега или од координаторот кој се грижи за болните со деменција.
- Редовните посети на здравствените институции или домашните посети, на пример секој трет месец, се неопходни за да се препознаат проблемите ако се јават.
- Организирање посети од страна на медицинска сестра и од други сервиси за домашна посета.
- Организираност за добивање неопходна документација со која се стекнува социјална заштита и рефундација за лековите.
- Обезбедете информации за локалните асоцијации на пациентите со деменција и за лицата кои водат грижа за нив.
- Дневните центри и разните клубови на пациентите со нарушувања во паметењето се покажаа корисни, наедно тие им овозможуваат на членовите од семејството кои се грижат за болните да добијат слободно време.
- Организирајте краткотрајна или целодневна нега на пациентот според потребите на фамилијата која се грижи за болниот во домашни услови. Најдоброто што тие може да го сторат е продолжување на функционалните способности на болниот.
- Амбулантите при локалните центри за болести со нарушено паметење може да обезбедат, во најмала рака, барем континуирано следење на пациентите на кои им е потребна поголема поддршка. Тие, исто така, служат и како консултативни центри за нега на ваквите болни.

- Легален надзорник/тutor би требало да се ангажира за пациентот ако пациентот не е во состојба да ги подмирува финансиските или другите практични работи.

## **ТРАНСФЕР НА БОЛНИОТ ОД СВОЈОТ ДОМ ДО СООДВЕТНАТА ИНСТИТУЦИЈА**

- Најчестите причини за постојан институциски престој на пациентот се:
  - Нарушено однесување, особено агресивност (во најголем број од случаите);
  - Стрес или болест на лицето кое се грижи за болниот;
  - Губиток на моторните функции;
  - Губиток на основните дневни активности (лична хигиена);
  - Инконтиненција;
  - Неможноста болниот да ја препознае фамилијата или домашната средина;
  - Ноќна вознемиреност.
- При недостаток на увид во состојбата, лицата со нарушување во паметењето, често пати, сакаат да останат во својот сопствен дом, дури и воопшто да не постојат предуслови за тоа. Кога член од фамилијата сака да ја прекине домашната нега, неговата намера треба да се разгледа. Ако членот од фамилијата не може да се разубеди, потребно е да се обезбеди соодветна институција за долгорочен престој на болниот. Ако едно лице има познавања за водење грижа на вакви болни (и претходно искуство стекнато во разни сервиси за нега на вакви болни), тоа е најдоброто решение за продолжување на домашната нега.
- Дневните посети од страна на медицинската сестра и ноќните патроли го продолжуваат домашниот престој. Електронските методи на контрола може, исто така, да се применат кај некои случаи. Дементниот пациент не е способен да користи личниот алармен уред. Пожарите и можноста да се изгуби болниот се најголемите опасности. Одлуката за престој во соодветна институција за грижа на вакви болни се донесува кога со анализата на постоечките ризици се изнесат на виделина опасностите кои не можат да бидат надминати и покрај честите посети од страна на службите за домашна грижа. Кога болеста ќе прогредира, најдоброто решение за пациентот е грижата од страна на соодветни домаќинства во домашни услови, домот за стари/изнемоштени лица или соодветен стан за сместување/живеење на вакви болни за кој е обезбеден надзор на одредено време.

## **ФАКТОРИ КОИ ГИ ВЛОШУВААТ СИМПТОМИТЕ НА ДЕМЕНЦИЈАТА**

- Факторите кои го намалуваат функционалниот капацитет на пациентот мора да бидат точно одредени и, ако е можно, отстранети. Работите кои треба да се избегнуваат се:
  - Непознати места (да се патува само со член од семејството);
  - Подолг самостоен престој;
  - Премногу стимули (на пример ситуации со многу непознати луѓе);
  - Темнина (прилагодено светло и во ноќните часови);
  - Сите инфекции (најчесто уринарни);
  - Операции и анестезија, само ако се неопходни (спиналаната анестезија не е секогаш побезбедна од целосната);
  - Топло време (жештина, губиток на течности);
  - Поголем број лекови.

## **НАЧЕЛА ЗА ЛЕКУВАЊЕ НА БИХЕЈВИОРАЛНИТЕ СИМПТОМИ**

- Менаџментот на бихејвиоралните симптоми, примарно е нефармаколошки, односно се состои во сузбивањето на факторите, како што се инфекцијата, болката или чувството на несигурност, кои може да бидат тригер на симптомите и, секако, практикување почит и соодветно однесување кон пациентот.

- Психофармаколошките лекови треба да се применуваат само во мали дози и за куси периоди (помалку од 6 месеци). Ноќната доза може да се зголеми кога вознемиреноста навечер му штети на болниот.
- Кај Алцхајмеровата болест или кај васкуларната деменција, антидепресивната терапија треба да се примени кога ќе се постави сомнение за депресија или анксиозност (ннд-С). Вознемиреноста и агресивноста може да се резултат на анксиозноста, кај овие случаи може да се ефикасни антидепресивните лекови (ннд-Д).
- Ако другите преземени мерки во третманот се неефикасни, атипичните антипсихотици би требало да бидат пропишани. Примарниот избор е рисперидонот кој е единствениот лек одреден за третман на бихејвиоралните симптоми кај деменцијата. Одговорот на терапијата е индивидуален и најдобриот ефект се постигнува со тестирање на повеќе лекови. Ако одговара брз одговор во итни состојби, тогаш халоперидолот може да се внесе парентерално или венски или мускулно во мали дози (2.5-5mg).
- Бензодијазепините кои имаат умерено дејство, како охазерам-от, може да се користат континуирано или по потреба.
- Donepezil, rivastigmine, galantamine и memantine се ефикасни кај бихејвиоралните симптоми.

## ТЕРАПИЈА

- Бензодијазепини:
  - Охазерам 7.5-30mg/навечер и преку ден ако има потреба;
  - Темазерам 10-30mg/навечер ако е потребно, а за третман на анксиозноста во текот на денот се дава 5-10mg и има брз ефект.
- Антипсихотици (ннд-А):
  - Risperidone (ннд-А) за агресија и психотични симптоми 0.25-0.50mg два пати дневно;
  - Quetiapine 12.5-25mg x1; со зголемување до 25mg x2, особено за пациенти каде рисперидонот покажува несакани ефекти (пациенти чие заболување има знаци на Lewy body заболувањето);
  - Haloperidol за анксиозност и вознемиреност во дози од 0.25-0.5mg 2-3 пати дневно, ефикасен е, но чести се несакани екстрапирамидни ефекти (ннд-С).
- Антидепресивни лекови (ннд-С):
  - Citalopram 10-20mg или escitalopram 5-10mg еднаш дневно (активира);
  - Sertraline 25-50mg x1;
  - Mirtazepine 7.5-15-30mg x1 навечер (седира).
- Антихолинестеразни лекови и memantine:
  - Лековите за заболувањата со нарушено паметење се индицирани не само за одржување на когнитивниот статус, туку и за третманот на бихејвиоралните симптоми.
- Третман на инсомнија:
  - За нарушувањата на циркадискиот ритам кај пациентите со деменција, би можело да се проба со полесна терапија наутро во комбинација со melatonin 2-6mg навечер.
  - Temazepam и бензодијазепинската група на лекови за спиење (zaleplon, zolpidem, zopiclone) може да се користат за куси периоди.

## ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

### Кохранови прегледи

- Хормонската терапија не се покажа ефикасна во одржувањето на когнитивните функции кај жените болни од Алцхајмерова болест (ннд-В).
- CDP-choline (cytidine5-diphosphocholine) има позитивно дејство на памтењето и на бихејвиоралните симптоми најмалку на кус до среден временски период во третманот на хроничните церебрални нарушувања кај повозрасните лица (ннд-В).

- Когнитивната стимулација може да има влијание кај пациентите кои имаат лесна до умерена деменција повеќе од кој било друг медикамент (ннд-**C**).
- Фолната киселина, како монотерапија или во комбинација со В-12, може да не влијае во подобрувањето на когнитивната функција или на расположението кај неселектирани здрави или когнитивно засегнати стари лица (ннд-**C**).
- Melatonin-от е, веројатно, неефикасен во подобрувањето на когнитивните и некогнитивните секвени од деменцијата (ннд-**C**).
- Nimodipine-от 90mg/ден може да има ефект кај пациентите со знаци за деменција која се должи на Алцхајмеровата болест, на цереброваскуларното или на мешаното заболување (ннд-**C**).
- Масажата и touch-системот се чини дека се корисни за лицата со деменција, но податоците се инсуфициентни (ннд-**D**).
- Недоволни се податоците за ефикасноста на програмите за физичка активност на постарите лица со деменција (ннд-**D**).
- Piracetam-от може да има некаков ефект во третманот на деменцијата или на когнитивното нарушување, но податоците се неубедливи (ннд-**D**).
- Податокот за ефикасноста на одмената на негата за дементните болни или, пак, на лицата кои се грижат за нив е инсуфициентен (ннд-**D**).
- Нема податок за ефикасноста на мултисензитивната стимулација кај деменцијата (ннд-**D**).
- Trazodone, веројатно, не е ефикасен во третманот на бихејвиоралните и на психолошките манифестации на деменцијата (ннд-**C**).
- Valproate, веројатно, не е ефикасен во третманот на агитираноста на дементните пациенти и го зголемува бројот на несаканите ефекти. Податоците се инсуфициентни (ннд-**D**).
- Нема податоци кои би ја поддржале употребата на thioridazine кај деменцијата, неговата употреба доведува до појава на несакани ефекти (ннд-**D**).
- Програмите кои содржат задачи со извршување може да влијаат на подобрувањето на способноста за вршење на активностите во секојдневниот живот и веројатно во подобрувањето на когницијата на лицата со деменција (ннд-**C**).
- Психолошките третмани кои се базираат на психолошки модел може да влијаат позитивно на лицата со деменција редуцирајќи ги депресивните симптоми (ннд-**C**).
- Melatonin-от, веројатно, е неефикасен, но trazodone може да го подобри сонот кај лицата со нарушување на сонот кое е поврзано со Алцхајмеровата болест. Не постојат докази за други лекови кои се користат за нарушување на сонот (ннд-**C**).

### **Други информативни прегледи**

- Различни бихејвиорални третмани може да имаат некаков ефект врз бихејвиоралните нарушувања кај деменцијата (ннд-**D**).
- Olanzapine има влијание на психолошките и на бихејвиоралните симптоми кај пациентите со деменцијата, но ја зголемува седацијата и доведува до тешкотии во одот (ннд-**B**).

### **Клинички упатства**

- Management of patients with dementia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Guideline No. 8

### **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**
- Authors: This article is created and updated by the EBMG Editorial Team Article ID: rel00293 (036.057) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

## **РЕФЕРЕНЦИ**

1. Hogervorst E, Yaffe K, Richards M et al. Hormone replacement therapy to maintain cognitive function in women with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (1):CD003799. **PubMed**
2. Fioravanti M, Yanagi M. Cytidinediphosphocholine (CDP-choline) for cognitive and behavioural disturbances associated with chronic cerebral disorders in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 Apr 18; (2):CD000269. **PubMed**
3. Clare L, Woods RT, Moniz Cook ED, Orrell M, Spector A. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (4):CD003260. **PubMed**
4. Malouf R, Grimley Evans J. Folic acid with or without vitamin B12 for the prevention and treatment of healthy elderly and demented people. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (4):CD004514. **PubMed**
5. Jansen SL, Forbes DA, Duncan V, Morgan DG. Melatonin for cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (1):CD003802 [Last assessed as up-to-date: 8 December 2009]. **PubMed**
6. López-Arrieta JM, Birks J. Nimodipine for primary degenerative, mixed and vascular dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (3):CD000147 [Last assessed as up-to-date: 12 March 2009].
7. Viggo Hansen N, Jørgensen T, Ørtenblad L. Massage and touch for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 Oct 18; (4):CD004989. **PubMed**
8. Forbes D, Forbes S, Morgan DG et al. Physical activity programs for persons with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (3):CD006489.
9. Flicker L, Grimley Evans G. Piracetam for dementia or cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (2):CD001011. **PubMed.ubMed.**
10. Lee H, Cameron M. Respite care for people with dementia and their carers. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (2):CD004396. [Last assessed as up-to-date: 13 May 2008]. **PubMed**
11. Chung JC, Lai CK, Chung PM et al. Snoezelen for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (4):CD003152. [Last assessed as up-to-date: 21 April 2008]
12. Martinon-Torres G, Fioravanti M, Grimley EJ. Trazodone for agitation in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2004 Oct 18; (4):CD004990. **PubMed**
13. Lonergan E, Luxenberg J. Valproate preparations for agitation in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 Jul 8; (3):CD003945. **PubMed**
14. Kirchner V, Kelly CA, Harvey RJ. Thioridazine for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (3):CD000464. [Assessed as up-to-date: 1 Apr 2009] **PubMed**
15. Opie J, Rosewarne R, O'Connor DW. The efficacy of psychosocial approaches to behaviour disorders in dementia: a systematic literature review. *Aust N Z J Psychiatry* 1999 Dec; 33(6):789-99. **PubMed DARE**
16. Verkaik R, van Weert JC, Francke AL. The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005 Apr; 20(4):301-14. **PubMed DARE**
17. Warner J, Butler R, Arya P. What are the effects of treatments on behavioural and psychological symptoms in dementia? *Clinical Evidence* 2005; 13:1227-1236.
18. Bains J, Birks JS, Denning TR. The efficacy of antidepressants in the treatment of depression in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (4):CD003944. **PubMed**
19. Seitz DP, Adunuri N, Gill SS ym. Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 2:CD008191 **PubMed**

20. Lanctôt KL, Best TS, Mittmann N, Liu BA, Oh PI, Einarson TR, Naranjo CA. Efficacy and safety of neuroleptics in behavioral disorders associated with dementia. J Clin Psychiatry 1998 Oct; 59(10):550-61; quiz 562-3. **PubMed DARE**
21. Woollorton E. Risperidone (Risperdal): increased rate of cerebrovascular events in dementia trials. CMAJ 2002 Nov 26; 167(11):1269-70. **PubMed**
22. Forbes D, Thiessen EJ, Blake CM et al. Exercise programs for people with dementia. Cochrane Database Syst Rev 2013;12():CD006489. **PubMed**
23. Orgeta V, Qazi A, Spector AE et al. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev 2014;1():CD009125. **PubMed**
24. McCleery J, Cohen DA, Sharpley AL. Pharmacotherapies for sleep disturbances in Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev 2014;3():CD009178. **PubMed**

Author: Ari Rosenvall

Previous author: Raimo Sulkava Article ID: ebm00758 (036.057) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines 30.5.2014, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира по 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2017 година.**

**Упатството го ажурирала: Д-р Наталија Долненец-Банева**  
**Координатор: Проф. Д-р Катица Зафировска**