

УДК: 616.89

О. Мишаківська

СВІТОВА ПРАКТИКА НАДАННЯ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ДЕМЕНЦІЮ, ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Обласна клінічна психіатрична лікарня м. Львів

У зв'язку зі збільшенням у світі захворюваності на деменцію, чинна система охорони здоров'я не здатна забезпечити якісними медичними послугами зростаючу кількість пацієнтів. Зростання навантаження на медичні установи призводить до додаткових витрат та змушує активно шукати науково – обґрунтовані, більш ефективні, альтернативні моделі медичних послуг, які б залучали до опіки рідних, громаду і таким чином не роз'єднували пацієнта з звичними для нього умовами перебування. Саме таким пріоритетним напрямком у світовій науці, на даний час, є паліативна допомога хворим на деменцію. Її основною метою є пролонгація життя та підвищення його якості, підтримка життєвих функцій та забезпечення комфорту хворого.

Ключові слова: деменція; існуючі моделі надання допомоги; поведінкові розлади; опікун; паліативна допомога

Вступ

Деменція – це синдром, який проявляється у когнітивних порушеннях, викликає поведінкові розлади, порушує щоденне та соціальне функціонування особи. Деменція традиційно лікується використовуючи «лікувальну модель медицини», яка полягає у діагностиці хвороби та корекції її симптомів. Згідно зі статистичними даними Всесвітньої організації охорони здоров'я за 2012 рік, у світі нараховується 35,6 мільйонів людей, які страждають на деменцію. Також відповідно до прогнозів експертів, цей показник подвоїться у 2030 році та потроїться у 2050 році [1]. За даними МОЗ України, захворюваність на деменцію в Україні протягом 2001-2010 рр. становила: 14,94 осіб на 100 тисяч населення у 2001 році, 14,7 у 2005 році та 14,82 у 2010 році. В абсолютному значенні ці дані становлять 67995 тис. осіб у 2001 році, 62993 тис. осіб у 2005 році та 49292 тис. осіб у 2010 році [2]. За даними Берлінського Інституту населення і розвитку (Demenz-Report), станом на 2010 рік загальна захворюваність на деменцію у Німеччині становила 1,4%, що відповідає приблизно 1 млн. 134 тис. осіб (населення 81 млн. станом на 2010 рік), у Польщі 0,9% або 342 тис. осіб (38 млн.), у Туреччині 0,39% або 300 тис. осіб (населення 77 млн.), в Австрії 1,3% або 104 тис. осіб (8 млн. населення) [3]. В Україні статистичні дані суттєво відрізняються від світових даних, що вказує на те, що більшість хворих на деменцію перебувають удома, під опікою рідних та не завжди отримують належну медичну допомогу.

Права пацієнтів з деменцією охороняються та забезпечуються “Загальною декларацією з прав людини”, “Європейською Конвенцією з прав людини та основоположних свобод” та “Конвенцією про права людей з обмеженими можливостями” [4; 5; 6]. 19 січня 2011 року була прийнята резолюція Європейського Парламенту по ініціативі з приводу хвороби Альцгеймера та інших деменцій. Метою даної конвенції є пріоритетна розробка національних планів та стратегій розвитку соціальної політики охорони здоров'я та створення підрозділів для підтримки хворих на деменцію та їх сімей [7].

Прогнозована середня тривалість життя від початку розвитку деменції до смерті становить 4,1 роки (2,5 – 7,6)

для чоловіків та 4,6 роки (2,6 – 7,0) для жінок. Існує відмінність, яка становить приблизно 7 років у тривалості життя між молодшими літніми людьми та найстаршими хворими на деменцію. У пацієнтів з цукровим діабетом розвиток деменції та смерть настають у середньому відповідно на 2,2 та 2,6 роки раніше, ніж у порівнянні пацієнтів без цукрового діабету в анамнезі [8]. Важливими факторами-передвісниками смертності при деменції під час спостереження були стать, вік початку захворювання та втрата здатності до самообслуговування [9].

Моделі надання допомоги хворим на деменцію у різних країнах світу

На даний час у світі існує низка різних організованих підрозділів для надання допомоги пацієнтам з деменцією [10; 11; 12].

У Великобританії, де видатки на допомогу та втрати від зниження продуктивності оцінюються у 23 млрд фунтів стерлінгів щорічно, допомога пацієнтам з деменцією надається у будинках догляду (Care Homes) двох типів: у будинках медсестринського догляду (Nursing Homes) та будинках перебування (Residential Homes). У будинках перебування утримуються пацієнти, які нездатні самостійно себе обслуговувати та перебувати вдома, у будинках медсестринського догляду пацієнтам надається 24-годинна медсестринська опіка. Також організована первинна допомога хворим на деменцію, яка полягає у візитах до лікаря загальної практики та візитах лікаря на дому, телефонні контакти з лікарем та медичною сестрою та візити медсестер. При гострих стаціонарах паралельно існують відділення амбулаторного прийому, стаціонарні відділення та приватні установи [13].

Іншим прикладом є Японія, в якій проживає найвищий відсоток похилих людей старших за 65 років, що становить близько 24% населення (Швеція 19%, Франція 17%, США 12%). З них хворих на деменцію становить близько 10% та за прогнозами спеціалістів даний показник буде продовжувати зростати у майбутньому. В Японії хворим на деменцію пропонуються наступні види послуг: послуги догляду на дому (візит-опіка на дому, медсестринський догляд на дому, послуги купання на дому, догляд-підтримка); послуги, які надаються протягом дня (опіка протягом дня, денні реабілітаційні

послуги); послуги короткотривалого перебування; проживання, догляд у громаді, а саме будинки спільного проживання, мультифункціональна домашня опіка; будинки інтенсивної опіки для людей похилого віку. До 2025 року в Японії планується створити Інтегровану громадянську систему опіки, яка буде створена у громаді (близько 10 тис. осіб), в якій необхідні послуги стануть доступними у межах 30 хвилин. Невелика мультифункціональна домашня опіка (Small-scale multifunctional in-home care) розрахована на 3800 місць – це система підтримки хворих на деменцію, які бажають продовжувати жити у громаді, проте мають змогу комбінувати перебування вдома з короткотривалою денною амбулаторною опікою, якщо у ній є необхідність. У п'ятирічний план (2013–2017 рр.) в Японії поставлені цілі щодо розробки нових видів допомоги, які будуть сприяти проживанню хворого у звичному для нього середовищі, у громаді [14].

Одним з яскравих прикладів є Сполучені Штати Америки. Деменція є шостою провідною причиною смерті у США та на п'ятому місці серед причин смерті серед американців у віці 65 років та більше [15]. У США пацієнтам з деменцією надається на вибір низка різних соціальних послуг, а саме: проживання особи, яка опікується пацієнтом, у пацієнта вдома, (Assisted living), служби, які опікуються пацієнтом на дому (Home and Community Based Services, Housing) та будинки для престарілих (Nursing homes) [16]. 90% осіб, які доживають до пізніх стадій деменції проживають у домах опіки (Nursing homes). Зафіксовано безліч негативних наслідків, які асоціюються з даним типом опіки при пізній деменції, серед них – супутні інфекції, агресивна практика опіки (лікування антибіотиками більше 10 місяців, годування за допомогою зонду, внутрішньовенна терапія, лабораторні забори). При цьому дотримання гігієни рота, використання запашної їжі та ручне годування малими порціями може попередити інфекційні ускладнення та розрішити проблеми з годуванням та ковтанням без штучного годування [15].

За даними Берлінського Інституту населення і розвитку, у Німеччині три чверті пацієнтів з деменцією перебувають вдома, проживають у сім'ях та доглядаються рідними. У час відсутності родичів вдома, пропонуються різні послуги, які забезпечують частковий догляд (у нічний та денний час, у конкретні дні) медичними та соціальними працівниками. З 1995 року у Німеччині створене страхування, яке забезпечує ризики інвалідації та втрати здатності до самообслуговування. У разі наявності такого страхування, пацієнт переводиться для подальшого перебування у будинки для престарілих [17].

Одним з найскладніших аспектів в опіці за пацієнтами з деменцією є різноманітні поведінкові розлади, які асоціюються з хворобою, наприклад, блукання, повторні запитування, ходіння слідом, агресія, апатія, розлади сну, накопичення, супротив при допомозі з денними процедурами [18]. Також у більшості пацієнтів з деменцією виникають такі супутні розлади, як тривога, маячні розлади, галюцинації, депресія, агресія, рухові розлади, апатія, порушення сну та харчової поведінки.

Дані порушення супроводжують деменцію у 90% випадках та створюють дистрес для пацієнтів та їх рідних, часто сприяють тривалій госпіталізації, надмірному використанню медикаментів та збільшенню витрат на утримання в стаціонарі [19]. У разі відсутності лікування даних поведінкових симптомів, спостерігається швидке прогресування хвороби та зниження якості життя пацієнта, зростання неспроможності, у результаті чого пацієнт попадає у будинки догляду. Також негативні ефекти прослідковуються для сім'ї пацієнта. Окрім антипсихотичного лікування поведінкових розладів, яке часто пов'язане з різноманітними ризиками (серед яких підвищений ризик смертності, метаболічний та цереброваскулярний ефект, екстрапірамідні симптоми, серцева аритмія, пневмонія [19; 20]), у США клінічні гайдлайни пропонують і нефармакологічне лікування, таке як підтримуючі програми для опікунів (тренінги навичок, просвітницькі, планування щоденної діяльності, соціальна та емоційна підтримка). Під час аналізу ефективності психосоціальних програм та втручань у середовище, в якому проживає пацієнт та які були спрямовані на опікунів, була відмічена редукція поведінкових симптомів у пацієнтів та негативних реакцій у опікунів. Хоча цей ефект вимірювався між мінімальним та середнім значеннями, проте у порівнянні з фармакологічними дослідженнями був клінічно значимим [18]. Висновки показали, що пацієнти краща щоденна активність, перебуваючи у домашніх умовах. Також поведінкові розлади значно менше проявлялись у традиційних медичних установах, ніж у домашніх умовах, попри те вдома вони носили стійкіший характер [21].

У Польщі опіка пацієнтів з деменцією здійснюється установами, які підпорядковуються Міністерству здоров'я та Міністерству соціальної опіки. Доступними є опікунські послуги, які спрямовані на опіку за особами похилого віку, проте бракує послуг саме для осіб хворих на деменцію. Здійснення опіки над хворими з деменцією відбувається у «родинних домах», лікувально-доглядальних закладах, закладах медсестринського догляду, домах соціальної опіки, у денних психогеріатричних стаціонарах, у цілодобових психогеріатричних відділеннях, районних осередках соціальної допомоги, домах соціальної допомоги або у приватних будинках опіки. Можливим є також винайм доглядальниці, яка опікується пацієнтом на дому. Допомогою у виконанні опіки над хворим з деменцією слугують також консультації і альянсівське об'єднання, групи підтримки. Сім'я – це найбільша інституція тривалої опіки не лише у Польщі, а й у світі. Близько 92% хворих на деменцію у Польщі перебувають вдома від початку захворювання та до смерті під опікою рідних, при цьому опікунами найчастіше є подружні пари, які по віку близькі до віку пацієнта та діти пацієнта, серед яких частіше доглядають жінки. При цьому опікун не має від даної опіки жодних переваг, у тому числі матеріальних, також немає правових механізмів, які дають змогу поєднувати опіку з роботою опікуна. Статус опікуна неповносправної особи у Польщі гарантує протягом року додаткових 14

днів для опіки за пацієнтом, проте цього є недостатньо для догляду за хворими на деменцію [22].

У Польщі було обстежено 1000 сімей, у яких досліджували опікунів пацієнтів з деменцією, при цьому вік опікунів становив 65 років та вище; вони присвячували щонайменше 4 години на день за доглядом хворого родича. Результати даного дослідження показали, що протягом тижня опікуни проводили значно більше часу в опіці за рідними, частіше у них виникали обмеження у зв'язку з роботою через опіку за рідними, вони частіше роздумували про госпіталізацію пацієнта у лікарняні заклади та були обтяжені опікою. У них виникали проблеми зі взяттям перерви у опіці, з поведінковими розладами пацієнта, з безпорадністю хворого на деменцію та інші. У порівнянні з іншими, опікуни за пацієнтами з деменцією частіше суб'єктивно та об'єктивно перевантажені. Різні програми підтримки та опіки так само, як і лікування поведінкових розладів можуть значно зменшити рівень тягаря опікунів у їх ситуації [39].

Дискусія

У сучасному світі відбувається пошук нових, альтернативних, економічно доцільних шляхів надання допомоги хворим на деменцію, провідним з яких нині вважається паліативна допомога. Паліативна опіка є більш реалістична та спрямована на покращення якості життя та комфорту пацієнта, включення в опіку тренуваних опікунів [23].

Незважаючи на підвищену увагу, на сьогодні існує не багато публікацій про паліативну допомогу хворим на деменцію. Проте існує консенсус, що організація надання паліативної допомоги потребує удосконалення [24]. Європейська Асоціація Паліативної допомоги (EAPC Onlus) розробила положення та рекомендації про оптимальну допомогу хворим на деменцію. Ціллю даної організації є розробка протоколів надання допомоги у клінічній практиці. У результаті проведеної роботи нині розроблено 11 положень та 57 рекомендацій. Серед пріоритетних було виділено наступні дослідницькі напрямки: пацієнт-центрована опіка (personal-centered care), вибіркоче лікування супутніх з деменцією симптомів та забезпечення комфорту пацієнтам з деменцією. Серед основних цілей опіки виділяють при легкій деменції – пролонгація життя, при помірній та важкій – максималізація комфорту. При цьому основною метою паліативної допомоги є пролонгація життя, підтримка функцій та комфорту, модифікація хвороби на протизагуг змін, а саме: надання симптоматичної допомоги [25].

Огляд геріатричної та паліативної медицини у Європі показує, що тривала паліативна опіка у геріатрії є недостатньо розвинутою. Також часто сім'ї пацієнтів та оплачувані соціальні працівники є погано підготовані для підтримки літніх людей, які проживають вдома під опікою рідних чи у домах догляду (nursing homes) та потребують паліативної допомоги. У зв'язку з цим, на теренах Євросоюзу започатковано спільний дослідницький проект ІМРАСТ, ціллю якого є розробка моделі паліативної допомоги пацієнтам з деменцією [26]. У Європі створена робоча група з 5 країн щодо розробки

ефективної моделі надання паліативної допомоги хворим на деменцію [27].

В Україні професійна допомога по лікуванню та догляду за хворими на деменцію здійснюється в психіатричних стаціонарах, хоспісах, організаціях на зразок Карітас (проект «Домашня опіка»), мережі будинків для літніх людей та інтернатів психоневрологічного типу, які обмежені кількістю ліжок-місць, та не завжди можуть задовольнити потребу у наданні вказаних послуг. У вітчизняній нормативно-правовій базі та науковій літературі відсутні дані про альтернативні способи надання паліативної медичної допомоги пацієнтам з деменцією.

Нині прийняті закони та затверджені накази МОЗ України про надання паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД, хворим на онкологічні захворювання та туберкульоз [23, 27–31] Згідно з наказом МОЗ України від 07.03.2012 року «Про організацію паліативної допомоги» паліативна допомога може надаватися при втраті спроможності до самообслуговування, що є характерною ознакою для пацієнтів з деменцією, у наступних формах: на дому, денному стаціонарі, паліативних відділеннях лікарень, хоспісах [40]. Проте в Україні відсутні алгоритми надання такої допомоги та їх практичне застосування, що створює надмірне навантаження на медичні стаціонари та відсутність альтернативного вибору для пацієнтів [32–37]. Пацієнти з деменцією, особливо з тяжкою формою, часто потребують паліативної опіки у хоспісах [27].

Висновок

У зв'язку зі збільшенням у світі захворюваності на деменцію чинна система охорони здоров'я не здатна забезпечити якісними медичними послугами зростаючу кількість пацієнтів. Збільшення навантаження на медичні установи, призводить до додаткових витрат та змушує активно шукати науково обґрунтовані ефективні альтернативні моделі медичних послуг, які б залучали до опіки рідних, громаду та з іншого боку не розлучали пацієнта зі звичними для нього умовами перебування. Саме таким пріоритетним напрямом у світовій науці нині є паліативна допомога хворим на деменцію, основною метою якої є пролонгація життя пацієнта, підтримка життєвих функцій та забезпечення комфорту хворого.

Література:

1. *Dementia: a public health priority.* – World Health Organization. – 2012 – 112 P. // http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/
2. Пінчук І. Я. Медико-соціальне обґрунтування системи надання допомоги населенню похилого віку з вадами психічного здоров'я / І. Я. Пінчук // Автореф. дис. на здобуття наукового ступеня доктора мед. наук: спец. 14.02.03 – соціальна медицина. – Київ – 2011. – 37 с.
3. Sütterlin S., Hofmann I., Klingholz R. *Demenz-Report.* – Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. – 2011. – 83 P.
4. *Європейська конвенція про захист прав людини та основоположних свобод* // http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ukr.pdf
5. *Convention on the rights of persons with disabilities* <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>
6. *The Universal Declaration of Human Rights* // <http://www.un.org/Overview/rights.html>
7. *European Parliament resolution of 19 January 2011 on a European*

- initiative on Alzheimer's disease and other dementias (2010/2084(INI) // <http://www.europarl.europa.eu/oeil/spdoc.do?i>
8. Zilkens R. R., Davis W. A., Spilisbury K., Semmens J. B., Bruce D. G. "Earlier age of dementia onset and shorter survival times in dementia patients with diabetes". *Am J Epidemiol.* 2013 Jun 1;177(11):1246-54. doi: 10.1093/aje/kws387. Epub 2013 Mar 28
 9. Survival times in people with dementia: analysis from population based cohort study with 14 year follow-up *BMJ* 2008; 336 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39433.616678.25> (Published 31 January 2008) Cite this as: *BMJ* 2008;336:258
 10. Devanand D. P. Psychosis, Agitation, and Antipsychotic Treatment in Dementia // *Amer. Journ. of Psychiatry.* – 2013. –Nr. 170. – P. – 9
 11. Rokstad A. M. M. The Effect of Person-Centred Dementia Care to Prevent Agitation and Other Neuropsychiatric Symptoms and Enhance Quality of Life in Nursing Home Patients: A 10-Month Randomized Controlled Trial / Rokstad A. M. M., Røsvik J., Kirkevold Ø., Seibaek G., Salyte Benth J., Engedal K. // *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* – 2013. –Nr. 36. – P. 340–353 (DOI: 10.1159/000354366).
 12. Torke A. M. A Palliative Care for Patients with Dementia. *A National Survey*/ Torke A. M., Holtz L. R., Sachs G. // *Journ. Amer. Geriatr. Soc.* – 2010. – November: – 58(11). P. 2114–2121.
 13. Dementia 2010. A report produced by the Health Economics Research Centre, University of Oxford for the Alzheimer's Research Trust. – Cambridge, 2010. – 38 P // <http://www.dementia2010.jrg>
 14. Katsunori HARA "Dementia Policy in Japan" Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) Japan 25pages http://www.igakuken.or.jp/english/e_research/symposia_workshop/2013_0129sympo/pdf/list00.pdf
 15. Daniel R. Kuhn and Jeannine M. Forrest "Palliative Care for Advanced Dementia: A Pilot Project in 2 Nursing Homes" *AM J ALZHEIMERS DIS OTHER DEMEN* 2012 27: 33 originally published online 31 January 2012
 16. Assisted Living Federation of America // http://www.alfa.org/alfa/Assisted_Living_Information.asp
 17. Sütterlin S., Hoßmann I., Klingholz R. Demenz-Report. – Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. – 2011. – 83 P.
 18. LAURA N. GITLIN, PH. D. "Good News for Dementia Care: Caregiver Interventions Reduce Behavioral Symptoms in People With Dementia and Family Distress" *ajp.psychiatryonline.org Am J Psychiatry* 169:9, September 2012 894- 897
 19. Cerejeira J., Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia / Cerejeira J., Lagarto L., Mukaetova-Ladinska E. B. // *Front Neurol.* – 2012. –Nr. 3. P. 73 P.
 20. Steinberg M., Atypical Antipsychotic Use in Patients with Dementia: Managing Safety Concerns /Steinberg M., Lyketsos C.G. // *Amer. Journ. of Psychiatry.* – 2012. –Nr. 169. – P. 900–906.
 21. Alida H. P. M. de Rooij, Katrien G. Luijckx, Juliette Schaafsma, Peggy M. J. Emmerink, Jos M. G. A. Schols, Anja G. Decler "Functional Status, Behaviour and Social Interaction of Residents with Dementia Living in Small-Scale and Traditional Long-Term Care Settings in the Netherlands and Belgium" de Rooij et al., *J Alzheimers Dis Parkinsonism* 2012, 2:3 Alzheimer's Disease & Volume 2 • Issue 3 • 1000106 pages 8 <http://dx.doi.org/10.4172/2161-0460.1000106>
 22. Magdalena Durda "Care arrangements for people with dementia in Poland and developed and developing countries" *Gerontol. Pol.* 2010; 18, 2: 76-85
 23. Рішення Колегії МОЗ України від 29.04.2010 р. «Розвиток хоспісної та паліативної медицини» // <http://www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=20865>
 24. N. Davies I, S. Iliffe I, L. Maio I, S. Ahmedzai J, J. Manthorpe «European model of palliative care for dementia: Study protocol» *BMJ Support Palliat Care* 2012;2:4 doi:10.1136/bmjspcare-2012-000264.12
 25. L Francke, Saskia Jünger, Dianne Gove, Pam Firth, Raymond TCM Koopmans, Ladislav Volicer and on behalf of the Jenny T van der Steen, Lukas Radbruch, Cees MPM Hertogh, Marika E de Boer, Julian C Hughes, Philip Larkin, Anneke " Recommendations from the European Association for Palliative Care White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study" *Palliat Med European Association for Palliative Care (EAPC) published online 4 July 2013*
 26. Steve Iliffe, Nathan Davies, [...], and Yvonne Engels «Modelling the landscape of palliative care for people with dementia: a European mixed methods study»; *BMC Palliat Care.* 2013; 12:30.
 27. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки» від 19 лютого 2009 року N1026-VI, <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/main/tt1001>
 28. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року» від 23 грудня 2009 року N1794-VI, <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/main/tt1001>
 29. Наказ МОЗ України №368 від 03.07.2007 р. «Про затвердження Клінічного протоколу надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД» // http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070703_368.html
 30. Наказ МОЗ України N 483 від 11.06.2010 «Про затвердження Примірного положення про лікарню «Хоспіс» (відділення, палату паліативного лікування) для хворих на туберкульоз», <http://www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=20854>
 31. Наказ МОЗ України та НАМН України № 409/36 від 14.05.2010 р. «Про виконання завдань та заходів Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року» // <http://news.yurist-online.com/laws/21569/>
 32. Пінчук І. Я. Актуальні питання надання геронтопсихіатричної допомоги / І. Я. Пінчук // *Проблеми старення и долголетия.* – 2004. – Т. 13, № 3. – С. 418–421.
 33. Пинчук И. Актуальность паллиативного лечения пожилых пациентов с психическими расстройствами / И. Пинчук, Ж. Дудина, Г. Колесникова // *Архив психиатрии.* – 2009. – Т. 15, № 4(59). – С. 42–45.
 34. Пинчук И. Я. О необходимости смены парадигмы в сфере охраны психического здоровья пожилых людей / И. Я. Пинчук // *Запорожский Медицинский журнал.* – 2010. – Т. 12, № 2. – С. 47–51.
 35. Пинчук И. Эффективность комплекса реабилитационных мероприятий при оказании стационарной психиатрической помощи лицам пожилого и старческого возраста / И. Пинчук, Г. Колесникова, Ж. Дудина // *Проблемы старения и долголетия.* – 2010. – Т. 19, №1. – С. 90–98.
 36. Пінчук І. Я. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи надання допомоги населенню похилого віку з вадами психічного здоров'я / І. Я. Пінчук // *Україна. Здоров'я нації.* – 2010. – № 3(15). – С. 16–23.
 37. Пинчук И. Я. Медико-социальное обґрунтування системи надання допомоги населенню похилого віку з вадами психічного здоров'я / І. Я. Пінчук // Автореф. дис. на здобуття наукового ступеня доктора мед. наук: спец. 14.02.03 – соціальна медицина. – Київ – 2011. – 37 с.
 38. Beata Babiarczyk, Danuta Sternal "Zastosowanie opieki paliatywnej i chorych w zaawansowanym stadium otępienia" *Gerontol. Pol.* 2012; 20, 2: 39–44
 39. Bogusława Karczewska I, Barbara Bieñ, Elżbieta Oldak, Jacek Jamiołkowski "Family caregivers of older people with dementia or cognitive disorders in Poland — risk factors of care burden" *Gerontol. Pol.* 2012; 20, 2: 59–67
 40. Наказ МОЗ України № 41 від 21.01.2013 «Про організацію паліативної допомоги» // http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120307_p.html
 41. N. Davies I, S. Iliffe I, L. Maio, J. Manthorpe, S. Ahmedzai " European model of palliative care for dementia: study protocol" *London: 2Kings College London; 3Sheffield University* 10.1136/bmjspcare-2012-000264.12

МИРОВАЯ ПРАКТИКА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ДЕМЕНЦИЕЙ, ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

О. МЫШАКНІВСКАЯ

В связи с увеличением в мире заболеваемости деменцией, действующая система здравоохранения не способна обеспечить качественными медицинскими услугами растущее количество пациентов. Рост нагрузки на медицинские учреждения приводит к дополнительным расходам

и заставляет активно искать научно обоснованные, более эффективные, альтернативные модели медицинских услуг, которые привлекали бы к опеке родных, общество, и, таким образом, не разъединяли пациента с привычными для него условиями пребывания. Именно таким приоритетным направлением в мировой науке, в настоящее время, является паллиативная помощь больным деменцией. Ее основной целью является пролонгация жизни и его качества, поддержка жизненных функций и обеспечения комфорта больного.

Ключевые слова: деменция, существующие модели оказания помощи, поведенческие расстройства, опекун, паллиативная помощь

**WORLD PRACTICE PROVIDING CARE TO PATIENTS WITH DEMENTIA, PALLIATIVE CARE
LITERATURE REVIEW**

O. MYSHAKIVSKA

The current system of health care cannot cope with the growing number of patients suffering dementia, providing them with effective treatment and health care. Under this growing pressure medical institutions face additional costs and therefore actively seek for alternative effective models of medical health care for patients living with dementia. These models are designed to involve relatives and society as the caregivers in order not to separate the patients from the common environment. Palliative care is one of the prior research topics in this area. It focuses on prolongation of patient's life and its quality, also supports the vital functioning and provides comfort for the patient.

Keywords: dementia; existing models of care; behavioral disorders; caregiver; palliative care