

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

ВИТЯГ З МЕТОДИЧНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ
«ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЮ» (2006)

Розроблені Шотландською міжвузівською мережею з розробки методичних рекомендацій (SIGN)
З повною версією методичних рекомендацій можна ознайомитися на сайті www.sign.ac.uk

4. Фармакологічний вплив

Рекомендації, зроблені в цьому розділі базуються на оцінці даних про їх клінічну ефективність (ефективність на практиці). Питання економічної ефективності не розглядалися.

Головними ознаками деменції є зниження когнітивних здібностей та порушення працездатності. Низка супутніх проблем трапляється часто але не завжди. Ці проблеми, які іноді називають поведінковими і психологічними симптомами деменції або ППСД, можуть спричинити значний негативний стрес як для хворих, так і для осіб, що доглядають за ними. Наявність таких симптомів, як збудження, дратівливість, порушення сну, марення, галюцинації чи агресія може прискорити госпіталізацію в стаціонар чи догляд в спеціальній установі.

Традиційно, із цими супутніми симптомами справлялися за допомогою антипсихотичних препаратів, антидепресантів чи анксиолітиків. Інгібуючі препарати ацетилхолінестерази можуть також впливати на поведінку.

Таблиця 2. Індекс основних і супутніх симптомів і фармакологічного впливу

Основні симптоми	Розділ
Зниження когнітивних здібностей	4.1.1–4.1.3, 4.3
Функціональне погіршення здоров'я	4.1.1–4.1.3, 4.3
Соціальна деградація	4.1.2
Супутні симптоми	
Збудження	4.4, 4.7
Агресія	4.6
Депресія	4.5
Душевний розлад	4.1.1, 4.6
Повторна вокалізація	чітких доказів немає
Порушення сну	чітких доказів немає
Неспецифічне порушення поведінки	4.1.1–4.1.3, 4.3, 4.6
Інше	
Побічні ефекти	4.1.1–4.1.3, 4.3, 4.6

4.1. Антихолінестеразні препарати (інгібітори холінестерази)

Відхилення в холінергічних нейронах займають чільне місце серед патологічних змін в мозку пацієнтів із хворобою Альцгеймера. Вплив цих аномалій можна зменшити шляхом інгібування ферментативного розщеплення ацетилхоліну [92].

З моменту публікації Шотландською міжвузівською мережею з розробки методичних рекомендацій 22 ви-

дання. (SIGN 22) [1] кілька інгібіторів холінестерази другого покоління, включаючи донепезил, ривастигмін і галантамін були впроваджені. Їх, порівняно нещодавнє, введення означає, що існує кілька досліджень, в яких було розглянуто ефективність цих препаратів протягом тривалого періоду часу.

В одному із мета-аналізів, що порівнює переносимість донепезилу, галантаміну і ривастигміну і їх вплив на розумовий процес у людей з деменцією дійшли висновку, що ефективність цих трьох препаратів однакова [93]. Донепезил був у списку препаратів, які досліджували менше ніж ривастигмін чи галантамін, припускаючи, що донепезил може краще переноситися в лікувальних дозах. У мета-аналізі не вивчали вплив препаратів на функції чи поведінку людей з деменцією.

На рівні дослідження методом випадок-контроль забезпечували тривале використання антихолінестеразних препаратів (інгібіторів холінестерази), щоб відкласти формалізацію [94]. Видатки додаткових витрат на комунально-побутове обслуговування не бралось до уваги в даному дослідженні, але економія у вартості догляду за пацієнтами в установах може бути істотною.

4.1.1 Донепезил

Існує значна кількість доказів на підтримку використання інгібітора холінестерази донепезилу у людей із хворобою Альцгеймера легкого і середнього ступенів [92, 95, 96]. Є підстави вважати, що його ефективність може поширюватися й на людей із більш тяжкими формами хвороби Альцгеймера [97, 98].

В У добовій дозі 5 мг і вище донепезил можна використовувати для лікування когнітивних порушень у людей з хворобою Альцгеймера.

✓ Вік і ступінь важкості хвороби Альцгеймера не повинні бути протипоказаннями для застосування донепезилу.

Довгострокове плацебо-контрольоване дослідження підтверджує незначні переваги донепезилу над плацебо у когнітивній діяльності та виконувє функції, незважаючи на налаштування залучати періодичне утримання від донепезилу; втручання розроблене для того, щоб змусити пацієнтів повертатися назад до їх початкового рівня [99]. Не було відзначено жодного ефекту на час організаційного оформлення чи прогресування інвалідації хворих. Значущість затримки формалізації й уповільнення прогресування захворювання потребують подальшого вивчення.

Систематичний огляд використання донепезилу у людей із судинною деменцією показав чималу користь

для пацієнтів із когнітивними порушеннями легкого та середнього ступенів, яких обстежували впродовж шести місяців [100].

Існує значна кількість доказів, що вказують на ефективність донепезилу в зменшенні психотичних симптомів і обмежують кількість поведінкових проблем у пацієнтів з деменцією легкого і середнього ступенів [97, 98, 101–105].

В одному невеликому дослідженні збільшення перфеназіну у пацієнтів із помірною деменцією припускає можливий антипсихотичний ефект донепезилу і почата баночка донепезилу і підвищена доза перфеназіну [106]. Необхідно здійснити довгострокові подвійні контрольовані дослідження.

В Донепезил у добовій дозі 5 мг і більше можна використовувати для лікування супутніх симптомів у людей з хворобою Альцгеймера.

Проте, бракує даних для схожих проявів у пацієнтів із помірною та важкою деменцією, і діагностика інших захворювань за винятком хвороби Альцгеймера не доступна на рівні рандомізованого клінічного дослідження.

4.1.2 Галантамін

Галантамін є ефективним для підтримки когнітивної діяльності у людей із хворобою Альцгеймера легкого та середнього ступенів [95, 107–112]. Існують свідчення деяких когнітивних переваг пацієнтів з хворобою Альцгеймера змішаного типу і порушеннями мозкового кровообігу.

Більші дози галантаміну є більш ефективними ніж малі дози, хоча немає ніякого додаткового ефекту у дозах понад 24 мг на добу.

Повільне збільшення дози, здається, покращує переносимість препарату [109]. В одному дослідженні зроблено припущення, що найбільшого ефекту можна досягнути у хворих із помірною деменцією за Короткою шкалою оцінки психічного статусу балом менш ніж 18 [110].

В Галантамін, у добовій дозі 16 мг і більше, можна застосовувати для лікування когнітивних відхилень у людей з хворобою Альцгеймера і людей із деменцією змішаного типу.

✓ Галантамін слід використовувати з поступовим підвищенням до дози 24 мг на добу.

Дані з двох великих рандомізованих клінічних досліджень показали, що галантамін має суттєвий позитивний вплив на працездатність та поведінку людей з хворобою Альцгеймера [109].

В Галантамін, у добовій дозі 16 мг і більше, можна використовувати для лікування супутніх симптомів у людей з хворобою Альцгеймера.

Оцінка ефективності галантаміну для людей із помірною і важкою деменцією потребує подальшого вивчення.

4.1.3 Ривастигмін

У людей із хворобою Альцгеймера легкого і помірно важкого ступенів, лікування ривастигміном показало значні покращення у глобальній когнітивній функції [114–116].

Існує свідчення одного дослідження, що когнітивні переваги лікування ривастигміном були більш стійкіші у пацієнтів з помірно тяжкою деменцією.

В Ривастигмін, у добовій дозі 6 мг і більше, можна застосовувати для лікування зниження когнітивних порушень у людей з хворобою Альцгеймера.

Ривастигмін є також ефективним в лікуванні когнітивних порушень у людей з тільцями Леві. Припинення застосування ривастигміну призводить до швидкого зниження когнітивної функції протягом трьох тижнів [119].

В Ривастигмін, у добовій дозі 6 мг і більше, можна використовувати для лікування когнітивних порушень у людей з деменцією з тільцями Леві.

У дослідженні, де вивчали корисність ривастигміну у пацієнтів з хворобою Альцгеймера і гіпертонією, група пацієнтів з гіпертензією показала кращий результат когнітивної діяльності ніж ті, хто не страждав на підвищений кров'яний тиск [120].

Ривастигмін може бути ефективним у лікуванні супутніх симптомів у пацієнтів з хворобою Альцгеймера [114, 121].

У людей з деменцією з тільцями Леві, ривастигмін може бути ефективним у зниженні апатії, дратівливості і галюцинацій [118].

В Ривастигмін, у добовій дозі 6 мг і більше, можна використовувати для лікування супутніх симптомів у людей з хворобою Альцгеймера і деменцією з тільцями Леві.

4.2 Мемантин

L-глутамат є основним збуджуючим нейротрансмітером центральної нервової системи (ЦНС) і бере участь у передачі нервового імпульсу, здатності запам'ятовувати і вчити. Підвищення збуджуючої дії L-глутамату може відігравати роль в патогенезі хвороби Альцгеймера. Низька спорідненість N-метил-D-аспартат (NMDA) типу рецептора антагоніста, такого як мемантин, може запобігти нейротоксичності збуджуючих амінокислот без перешкоджання дії глутамату, яка необхідна для навчання і здатності запам'ятовувати [122].

Ефективність мемантину була вивчена у людей із помірно важкою хворобою Альцгеймера та з судинною деменцією легкого і середнього ступенів [123–127].

Після шести місяців лікування у дозі 20 мг мемантину на добу був помітний незначний ефект в широкому діапазоні критеріїв оцінки результату у пацієнтів з легкою і помірною судинною деменцією.

У пацієнтів із хворобою Альцгеймера середнього і важкого ступенів відзначили клінічно незначний ефект від використання мемантину у повсякденному житті впродовж 6-ти місяців [122].

Шотландська медична асоціація (ШМА), при оцінці мемантину, дійшла висновку, що величина такого позитивного ефекту була незначною, а клінічне значення – неясним (www.scottishmedicines.org.uk).

На сьогодні, немає достатньо даних, щоб рекомендувати застосування мемантину для лікування основних чи супутніх симптомів деменції.

4.3 Гінкго білоба

Продукти, отримані з гінкго дволопатевого, Гінкго білоба, використовувалися в традиційній китайській медицині протягом століть. Згідно з клінічними дослідженнями оцінювали його застосування для лікування

церебральної дисфункції, пов'язаної з віком, зниження когнітивної діяльності і для уповільнення розвитку нейродегенеративних розладів, таких як деменція [128]. Хоча ряд досліджень розглядав потенційний ефект гінґо, доза активного інгредієнту не стандартизована.

Гінґо білоба доступний у Великобританії без рецепта.

Систематичний огляд даних, отриманих в мета-аналізах Кокранівської співпраці щодо ефективності Гінґо білоба [128] та інгібіторів холінестерази [92, 116, 129], припускає, що Гінґо менш дієвий в поліпшенні когнітивної діяльності ніж інгібітори холінестерази, незважаючи на те, що Гінґо переноситься так само як і плацебо.

Ряд досліджень показують, що використання Гінґо для лікування деменції має позитивний ефект на відновлення когнітивної функції [128, 131, 132].

У пацієнтів із прогресуючою хворобою Альцгеймера відмінності між Гінґо і плацебо більш виражені [132].

Хворим слід приймати Гінґо впродовж 52 тижнів перш ніж з'явиться хоч якийсь поліпшення у когнітивній функції і повсякденній діяльності [128].

Майже усі дослідження показують, що Гінґо безпечений з кількома побічними ефектами, хоча два дослідження не змогли продемонструвати позитивний клінічний ефект [133, 134].

Гінґо викликає кровотечу в поєднанні з варфарином чи аспірином, підвищує кров'яний тиск в поєднанні з тіазидним діуретиком, і, ймовірно, призводить до коми в поєднанні з тразодоном [135]. Необхідні подальші дослідження, перш ніж заявляти про ефективну дозу Гінґо для хворих із деменцією.

✓ Людям з деменцією, які хочуть вживати Гінґо білоба необхідно проконсультуватися з кваліфікованим фітотерапевтом і вони повинні бути проінформовані про можливу взаємодію з іншими приписаними ліками.

4.4 Шавлія

Історично склалося так, що трави шавлії лікарської (*Salvia officinalis*) відомі своєю заспокійливою дією та за їх здатність покращувати когнітивну діяльність, особливо пам'ять [136].

Шавлія лікарська доступна у Великобританії без рецепта.

В одному невеликому рандомізованому контрольованому дослідженні (39 учасників) ефект застосування шавлії лікарської для лікування збудження у пацієнтів з хворобою Альцгеймера був малим і незначним [136].

Необхідно провести подальші дослідження, перш ніж заявляти про ефективність шавлії лікарської для лікування збудження у людей з хворобою Альцгеймера.

Переваги шавлії лікарської над іншими фармакологічними втручаннями не розглядалися.

✓ Людям з деменцією, які хочуть вживати трави шавлії лікарської слід проконсультуватися із кваліфікованим фітотерапевтом.

4.5 Антидепресанти

Використання антидепресантів для хворих з деменцією супроводжується депресивними симптомами, але їх вплив на депресію і когнітивну функцію є невизначеним.

Бракує досліджень в галузі використання антидепресантів пацієнтами із депресією і деменцією. Свідчення

щодо використання старіших трициклічних антидепресантів (кломіпраміну та іміпраміну), з добре проведеного систематичного огляду, непереконливі [137]. Мета-аналіз був заснований на досить малій кількості досліджень з кількома зразками, що вивчали препарати, які зазвичай не використовуються в клінічній практиці. В одному з таких досліджень робили оцінку сертралину, селективного інгібітора зворотного захоплення серотоніну (SSRI). Незважаючи на те, що це дослідження показує суттєві відмінності на користь лікування, показники ці невеликі.

Систематичний огляд не знайшов жодних доказів для використання більш сучасних антидепресантів, таких як венлафаксин чи міртазапін у пацієнтів із чітко вираженою деменцією та супутньою депресією [137].

D Антидепресанти можна використовувати для лікування супутньої депресії при деменції, запевнявшись, що їх використання ретельно оцінюється для кожного пацієнта.

4.6 Нейролептики

Типові антипсихотичні препарати, такі як хлорпромазин і галоперидол традиційно використовувалися для лікування поведінкових проблем, пов'язаних з деменцією. Такі побічні ефекти як седація, рухові розлади і підвищена дезорієнтація в часі і в просторі – усі були визнані. Було висловлено занепокоєння, що використання цих препаратів прискорює погіршення здоров'я при хворобі Альцгеймера, але причинно-наслідковий ефект не був встановлений [138].

Мета-аналіз, в якому вивчали використання типових нейролептиків показав, що вони досить ефективні у лікуванні поведінкових розладів, пов'язаних з деменцією, з кількістю хворих (чотири-п'ять), які потребують лікування [139].

Із старих антипсихотичних препаратів, найчастіше оцінювали галоперидол. Досвід показує, що він корисний в контролі агресії у людей з деменцією. Розвиток побічних ефектів може обмежити його більш широке застосування [140].

A За необхідності типові нейролептики можна використовувати з обережністю, враховуючи їх профіль побічної дії для лікування супутніх симптомів деменції.

Атипові нейролептики, оланзапін і рисперидон, корисні в лікуванні психотичних симптомів, агресії та інших поведінкових проблем, пов'язаних з деменцією [141]. Немає чіткого свідчення з прямих порівняльних досліджень, які б вказували на їх високу ефективність чи профіль побічної дії у порівнянні з типовими нейролептиками.

Хоча немає жодних доказів щодо використання оланзапіну і рисперидону у лікуванні психіатричних і поведінкових симптомів деменції, особливо психозу і агресії, ці препарати в даний час не рекомендуються Державною службою з нагляду у сфері охорони здоров'я через побоювання з приводу серйозних побічних ефектів, зокрема інсульту.

✓ Атипові нейролептики із зниженням седації і екстрапірамідних побічних ефектів можуть бути корисні на практиці, хоча ризик виникнення серйозних побічних ефектів, таких як інсульт, повинні бути ретельно оцінені.

Ризик виникнення інсульту, пов'язаного з іншими атипичними нейролептиками і типовими нейролептиками не був чітко доведений.

Практикуючі лікарі повинні знати, що до 60% пацієнтів з деменцією з тільцями Леві страждають від побічних реакцій на антипсихотичні препарати.

У хворих із нейролептичною схемою прийому лікарських засобів, у яких немає поведінкових розладів, абстиненція від антипсихотичного лікування не може бути пов'язана з рецидивом [144].

✓ **Необхідний індивідуальний підхід до лікування збудження у людей з деменцією.**

Де нейролептики є недоречними, необхідно взяти до уваги інгібітори холінергази.

У пацієнтів з незмінним станом необхідно розглянути абстиненцію від антипсихотичних препаратів.

4.7 Тразодон

Одне мале рандомізоване контрольоване дослідження тразодону показало зниження збудження, коли воно супроводжувалося симптомами депресії у пацієнтів з деменцією [145]. Немає достатньо свідчень для того, щоб рекомендувати його використання для інших симптомів депресії.

✓ **Тразодон може розглядатися для лікування пацієнтів із симптомами депресії і збудженням, пов'язаними із деменцією.**

4.8. Клінічно ефективні втручання

4.8.1 Протизапальні засоби

Досвід показує, що ендогенні запальні реакції відіграють важливу роль у патогенезі хвороби Альцгеймера [146].

Один систематичний огляд показав, що протизапальні засоби не сповільнюють прогресування когнітивних порушень і мають значні побічні ефекти, такі як виразка шлунка, ниркова недостатність у пацієнтів із проблемами нирок і респіраторні захворювання у людей з астмою [147].

А Протизапальні засоби не рекомендовано застосовувати для лікування когнітивних порушень у людей з хворобою Альцгеймера.

Дані одного дослідження, що стосуються супутніх симптомів, пов'язаних з пам'яттю, антисоціальною поведінкою і депресивним поведінням у людей з хворобою Альцгеймера виявили клінічний ефект після лікування гідроксихлорохіном [146]. У групі лікування було відзначене незначне порушення в прогресуванні хвороби Альцгеймера легкого і середнього ступеня тяжкості. Ці висновки не були застосовані до цілого спектру тяжкості захворювання.

В Гідроксихлорохінт не рекомендовано використовувати для лікування супутніх симптомів у людей з деменцією.

Існують підстави вважати, що преднізолон глюкокортикоїд неефективний у ліванні супутніх симптомів у людей з хворобою Альцгеймера. У пацієнтів, яких лікували преднізолоном існує тенденція до більш серйозних поведінкових проблем [148].

А Преднізолон не рекомендовано використовувати для лікування супутніх симптомів у людей з хворобою Альцгеймера.

4.8.2 Мелатонін

Екзогенний мелатонін не є ефективним у зниженні порушень сну, пов'язаних з деменцією [149, 150]. Лікування мелатоніном не впливає на загальний час сну, середню кількість пробуджень чи ефективність сну у пацієнтів із деменцією [149].

4.8.3 Естроген

Деменція, особливо хвороба Альцгеймера, найчастіше зустрічається у жінок в період постменопаузи. Лікування естрогеном було запропоноване як можливий терапевтичний засіб для лікування хвороби Альцгеймера у жінок. Існують підстави вважати, що естроген не є ефективним у профілактиці когнітивних порушень у жінок з деменцією [151, 152].

Незважаючи на те, що, в ході одного невеликого рандомізованого контрольованого дослідження, було виявлено сприятливий ефект естрогену для лікування супутніх захворювань у людей із деменцією, два подальші дослідження (170 учасників) вказують на неефективність лікування [154, 155].

В Естроген не рекомендовано застосовувати для лікування супутніх симптомів у жінок з деменцією.

4.8.4 Фізостигмін

У порівнянні з плацебо, клінічного ефекту у ліванні хворих з деменцією фізостигміном не було виявлено. Фізостигмін має короткий період напіввиведення і значні побічні реакції [156–158].

4.8.5 Селегілін

Селегілін інгібує окислення моноамінів і його потенційне використання як нейропротекторний препарат при хворобі Альцгеймера було запропоноване після повідомлень про підвищену активність моноаміноксидази В (МАО-В) у пацієнтів з хворобою Альцгеймера у порівнянні із здоровими людьми похилого віку [159]. Існує чимало доказів про те, що не існує клінічно значущого ефекту від препарату селегіліну при ліванні хвороби Альцгеймера [159, 169].

А Селегілін не рекомендовано застосовувати для лікування основних чи супутніх симптомів у пацієнтів з хворобою Альцгеймера.

4.9. Втручання, в яких відсутня клінічна ефективність

4.9.1 Протисудомні препарати

Немає чітких даних для того, щоб припустити, що вальпроат ефективний у зменшенні супутніх симптомів у людей з деменцією [161].

А Вальпроат не рекомендовано для лікування поведінкових симптомів пов'язаних з деменцією.

У одному малому рандомізованому контрольованому дослідженні було зроблено припущення, що карбамазепін може зменшити поведінкові проблеми, пов'язані із важкою деменцією [162].

Відкрите дослідження габапентину не показало статистичної значущості у показниках результатів на завершення дослідження [163].

✓ **Протисудомні препарати можуть бути розглянуті для симптоматичного лікування судом чи міоклонії, пов'язаних з деменцією, але не рекомендовані для лікування інших симптомів деменції.**

4.9.2 Аспірин

Аспірин широко призначають для вторинної профілактики судинних захворювань, наприклад, інсульту, інфаркту міокарда і захворювань периферичних артерій.

Кокранівський систематичний огляд не виявив ніяких рандомізованих контрольованих доказів того, що прийом аспірину приносить користь пацієнтам з судинною деменцією аналогічним чином. Існує ризик, що він може збільшити частоту внутрішньочерепних кровокиливів [164].

Багато людей з діагнозом деменція (особливо судинна деменція) можуть також мати в історії хвороби інсульт, інфаркт міокарда чи периферичну артеріальну хворобу.

✓ Аспірин рекомендовано застосовувати лише людям з судинною деменцією, які мали історію судинного захворювання.

Необхідні подальші дослідження для вирішення можливої ефективності аспірину у людей із судинною деменцією, але не з історією інсульту, інфаркту міокарда чи периферичної артеріальної хвороби.

4.9.3 Бензодіазепіни

Немає систематичних оглядів чи рандомізованих контрольованих досліджень, які б вивчали ефективність бензодіазепінів у лікуванні супутніх симптомів деменції, в тому числі дратівливості.

4.9.4 Літій

Немає жодного рандомізованого контрольованого дослідження щодо використання літію у людей з деменцією. Малі відкриті дослідження дали суперечливі результати, ймовірно пов'язані з розміром дослідження.

✓ За відсутності паралельних доказів біполярного афективного розладу, літій не рекомендовано для зниження поведінкових проблем при деменції.

4.9.5 Інші втручання

Нижченаведеним фармакологічним втручанням забракло доказів клінічної ефективності для лікування людей з деменцією:

- ацетил-L-карнітин;
- церебролізин;
- ніцерголін;
- лецитин.

Діагностика

B	Критерії Діагностично-статистичного довідника (ДСД) 4-го видання чи Національного інституту неврологічних, комунікативних розладів та інсульту і Асоціації хвороби Альцгеймера та супутніх розладів повинні використовуватися для діагностики хвороби Альцгеймера.
B	Критерії модифікованої шкали ішемії Natchinski чи Асоціації Національного Інституту з вивчення неврологічних порушень та інсульту можуть бути використанні для сприяння діагностики судинної деменції.
C	Діагностичні критерії деменції з тільцями Леві і лобно-скроневої деменції необхідно взяти до уваги при клінічній оцінці.

Початкове когнітивне тестування

B	В осіб з підозрою на когнітивні порушення необхідно використовувати Коротку шкалу оцінки психічного стану (КШОПС) для діагностики деменції.
✓	Початкове когнітивне тестування може бути покращене за рахунок використання когнітивного обстеження Аденбрука.

Скринінг супутніх захворювань

✓	Фізичні дослідження, в тому числі лабораторні тести, повинні бути обрані на підставі клінічних обстежень згідно з історією та клінічними умовами.
B	В рамках оцінки потенційної деменції, необхідно розглянути наявність супутньої депресії.

Використання зображень

C	Структурне відтворення зображень в ідеалі повинно бути частиною діагностичного обстеження пацієнтів з потенційною деменцією.
C	Однофотонна емісійна комп'ютерна томографія (ОФЕКТ) може використовуватися у поєднанні з комп'ютерною томографією, щоб прискорити диференціальну діагностику деменції, коли діагноз викликає сумніви.

Нейропсихологічне тестування

B	Нейропсихологічне тестування слід застосовувати для діагностики деменції, особливо у пацієнтів, у яких деменція є не клінічно вираженою.
---	--

Нефармакологічні втручання

Управління поведінкою

B	Управління поведінкою можна використовувати для зниження депресії у людей з деменцією.
---	--

Корекційна програма опікунів

B	Опікуни повинні отримати комплексне навчання щодо втручань, які є ефективними для людей з деменцією.
---	--

Когнітивна стимуляція

B	Когнітивну стимуляцію слід пропонувати людям з деменцією.
---	---

Мультисенсорна стимуляція і комбіновані методи лікування

✓	Для людей з помірною деменцією, які можуть її переносити, мультисенсорна стимуляція може бути клінічно корисним втручанням.
✓	Мультисенсорна стимуляція не рекомендована для полегшення нервово-психічних симптомів у людей з помірною і важкою деменцією. Терапія яскравим світлом не рекомендована для лікування когнітивних порушень, проблем зі сном чи збудження у людей із деменцією. У людей з деменцією, які показують поведінковий розлад, незважаючи на використання психотропних препаратів, ароматерапія може впливати на поведінку, але не може бути рекомендованою як пряма альтернатива антипсихотичних препаратів, так і для зниження характерних поведінкових проблем. Перед застосуванням ароматерапії для зниження супутніх симптомів у людей з деменцією слід проконсультуватися із кваліфікованим ароматерапевтом.

Оздоровча і фізична діяльність	
B	Оздоровча діяльність повинна бути введена для людей з деменцією для підвищення якості життя і добробуту.
	У людей з деменцією сукупність структурованих вправ і розмов може допомогти зберігати мобільність.
Терапія орієнтації в реальності	
D	Терапія орієнтації в реальності повинна використовуватися кваліфікованим фахівцем на індивідуальній основі із людьми, які дезорієнтовані в часі, просторі й особі.

Фармакологічні втручання

Інгібітори холінестерази	
B	Допензил, у добовій дозі 5 м і більше, можна використовувати для: <ul style="list-style-type: none"> • лікування когнітивних порушень у людей з хворобою Альцгеймера; • лікування супутніх симптомів у людей з хворобою Альцгеймера.
B	Галантамін, у добовій дозі 16 мг і більше, можна використовувати для: <ul style="list-style-type: none"> • лікування когнітивних порушень у людей з хворобою Альцгеймера і у людей із деменцією змішаного типу; • лікування супутніх симптомів у людей з хворобою Альцгеймера.
B	Ривастигмін, у добовій дозі 6 мг і більше, можна використовувати для: <ul style="list-style-type: none"> • лікування когнітивних порушень у людей з хворобою Альцгеймера; • лікування когнітивних порушень у людей з деменцією з тільцями Леві; • лікування супутніх симптомів у людей з хворобою Альцгеймера і деменцією з тільцями Леві.
Нейролептики	
A	За необхідності типові нейролептики можна використовувати з обережністю, враховуючи їх профіль побічної дії, для лікування супутніх симптомів деменції.
✓	<ul style="list-style-type: none"> • Необхідний індивідуальний підхід до лікування збудження у людей з деменцією. • Атипові нейролептики зі зниженням седації і екстрапірамідних побічних ефектів можуть бути корисні на практиці, хоча ризик виникнення серйозних побічних ефектів, таких як інсульт, повинні бути ретельно оцінені. У пацієнтів з незмінним станом необхідно розглянути абстиненцію від антипсихотичних препаратів. Де нейролептики є недоречними, необхідно взяти до уваги інгібітори холінестерази.
Антидепресанти	
D	Антидепресанти можна використовувати для лікування супутньої депресії при деменції, їх використання ретельно оцінюється для кожного пацієнта.
✓	Тразодон може розглядатися для лікування пацієнтів із симптомами депресії і збудженням, пов'язаним із деменцією.
Лікарські засоби з рослинної сировини	
✓	<ul style="list-style-type: none"> • Людям з деменцією, які хочуть вживати Гінго білоба необхідно проконсультуватися з кваліфікованим фітотерапевтом і їх повинні проінформувати про можливу взаємодію з іншими приписаними ліками. • Людям з деменцією, які хочуть вживати трави шавлії лікарської слід проконсультуватися із кваліфікованим фітотерапевтом.

Інформація для пацієнтів та опікунів

C – Пацієнтам та особам, які здійснюють над ними нагляд необхідно надати інформацію спеціального призначення про потреби пацієнта.

Медичні працівники повинні знати що:

C – багато людей з деменцією можуть усвідомлювати свій діагноз, отримувати інформацію і брати участь у прийнятті рішень;

C – деякі люди з деменцією не бажають знати свій діагноз;

D – у деяких ситуаціях викриття діагнозу деменції може бути недоречним.

Побажання людини з деменцією повинні підтримуватися завжди.

- Діагноз деменція повинен бути озвучений медичним працівником, який є фахівцем у цій галузі.
- Коли діагноз не розголошується на це повинні бути вагомі причини.
- Пацієнти та їх опікуни повинні бути забезпечені інформацією про послуги і втручання доступні їм на всіх етапах процесу медичної допомоги.
- Інформація повинна надаватися пацієнтам та їх опікунам напередодні наступного етапу хвороби.

Список літератури знаходиться в редакції.