

# **Klīniskais algoritms**

## **Alcheimera demences pacientu vadīšana, ārstēšana un aprūpe**

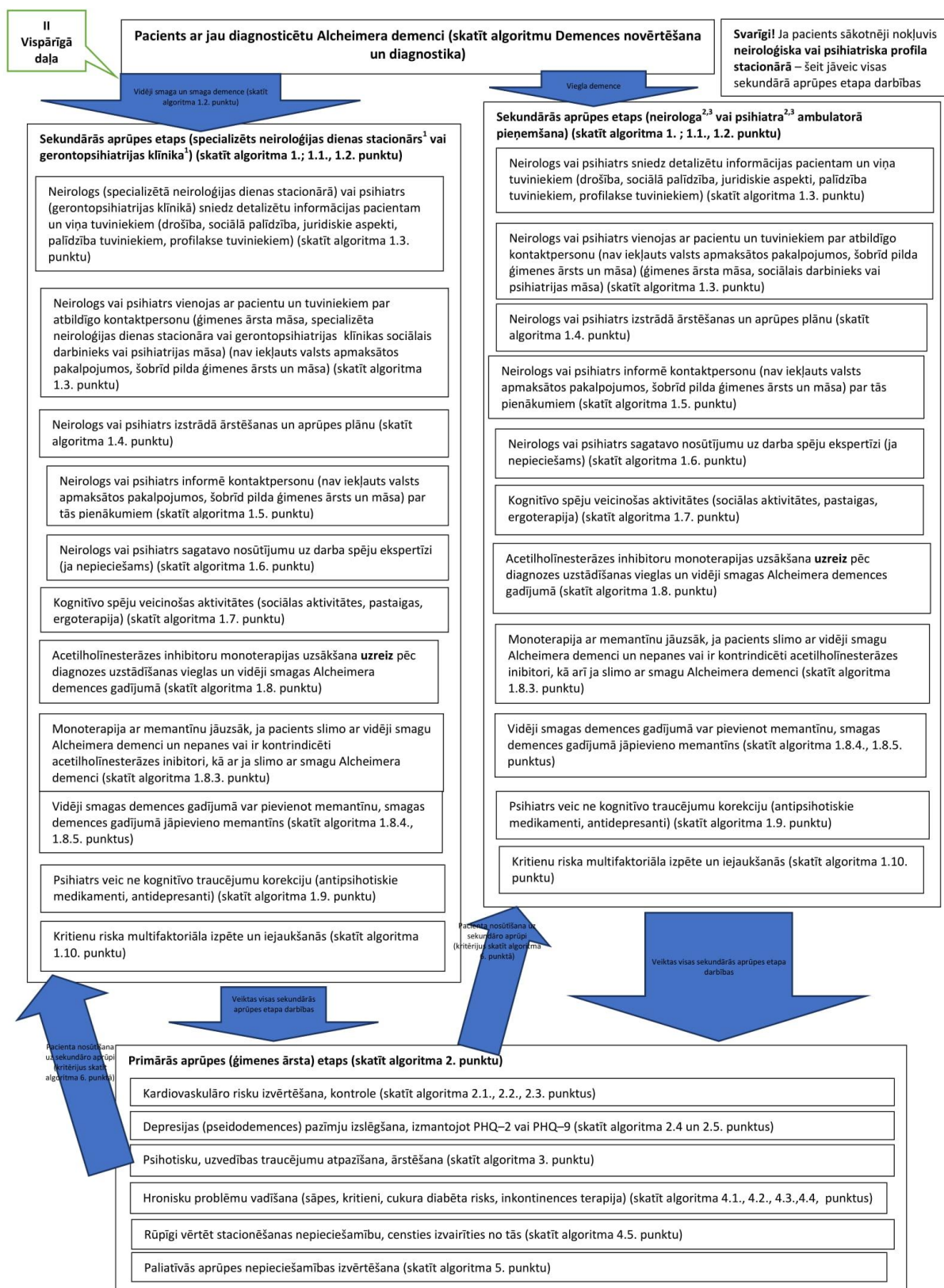
Autors psihiatrs prof.Māris Taube

Darba grupa psihiatra Elmāra Tērauda un prof.Māra Taubes vadībā: psihiatrs Ņikita Bezborodovs; psihiatrs Aigars Kišuro; ģimenes ārste Līga Kozlovska; neirologs Ainārs Stepens; ģimenes ārsts Edgars Tirāns; klīniskā psiholoģe prof.Ieva Bite; psihiatrs prof.Elmārs Rancāns

### **Saturs**

I. Algoritma shēma .....	2
II. Vispārīgā daļa .....	3
Ievads.....	3
Algoritma mērķi .....	4
Mērķgrupas .....	4
Pamatprioritātes ieviešot algoritmu .....	4
III. Rekomendācijas .....	5
1.Sekundārās aprūpes etaps .....	5
2. Alcheimera demences pacientu vadīšana primārās aprūpes etapā .....	9
3. Uzvedības traucējumu/psihiatrisku simptomu atpazīšana.....	10
4. Hronisku problēmu vadīšana pacientiem ar Alcheimera demenci .....	10
5. Rīcība paliatīvās aprūpes nepieciešamības gadījumos .....	11
6. Kritēriji pacienta virzīšanai uz sekundāro aprūpi:.....	11

# I. Algoritma shēma



<sup>1</sup>Nav pieejams pakalpojums

<sup>2</sup>Pagaidu risinājums arī vidēji smagu un smagu demencu ārstēšanai

<sup>3</sup>Papildus valsts apmaksātu speciālistu piesaiste obligāta

## II. Vispārējā daļa

### Ievads

Demence ir sindroms, kas radies smadzeņu slimības rezultātā un raksturojas ar kognitīvo funkciju (atmiņa, orientācija, valoda, vizuāli telpiskā sajūta, cēloņsakarību izpratne, spriešanas spējas, komunikācijas spējas, rēķināšana) traucējumiem, personības un uzvedības izmaiņām, kas samazina personas spējas veikt ikdienas aktivitātes (iepirkšanās, mazgāšanās, ģērbšanās, ēdiena gatavošana)<sup>1, 2</sup>.

Saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas 10. redakciju<sup>3</sup>, Alzheimer demence ir iekļauta F0 sadaļā Organiski psihiski traucējumi, ieskaitot simptomātiskus:

F00 Alzheimer demence (norādāma kopā ar Alzheimer slimības diagnozi G30)

F00.0 Agrīna Alzheimer demence (norādāma kopā ar Alzheimer slimības diagnozi G30.0)

F00.1 Vēlīna Alzheimer demence (norādāma kopā ar Alzheimer slimības diagnozi G30.1)

F00.2 Alzheimer demence, atipiska vai jaukts tips (norādāma kopā ar Alzheimer slimības diagnozi G30.8)

F00.9 Neprecizēta Alzheimer demence (norādāma kopā ar Alzheimer slimības diagnozi G30.9)

Agrīnas alzheimer demences sākums ir līdz 65 gadu vecumam, norit straujāk. Vēlīna Alzheimer demence sākas pēc 65 gadu vecuma, biežāk astotajā gadu desmitā, norit lēnāk, pamatā izpaužas ar atmiņas pasliktināšanos.

Visbiežāk sastopamā demences ir Alzheimer demence, tai seko vaskulāra, frontotemporāla, Levi ķermenīšu, kā arī jaukta demence.

2015. gadā pasaulē 46,8 miljoni cilvēku cieta no demences, tiek prognozēts, ka 2030. gadā šādu cilvēku būs 74,7 miljoni, bet 2050. gadā – 131,5 miljoni<sup>4</sup>. Cilvēki pasaulē un arī Latvijā dzīvo ilgāk, ko nodrošina dzīves kvalitātes uzlabošanās, ārstniecības iespēju uzlabošanās. Demences attīstība ir saistīta ar vecumu, jo ilgāk cilvēki dzīvo – jo lielāka varbūtība tai izpausties. Tādēļ demences izplatība tik strauji pieaug, radot nepieciešamību precīzāk diagnosticēt, savlaicīgi un kvalitatīvi ārstēt, nodrošināt rehabilitācijas un aprūpes iespējas.

Latvijā 2016. gada beigās bija 1 950 116 iedzīvotāji<sup>5</sup>, taču Latvijas veselības statistikas informācija<sup>6</sup> liecina, ka 2016. gadā Latvijā reģistrēti tikai 5357 demences pacienti. No tā izriet, ka Latvijā demences prevalence ir tikai 0,3 %. Tas liecina par to, ka Latvijā demence netiek diagnosticēta, ārstēta. Apstākļi, ka Latvijā no visām demencēm Alzheimer demence nav biežāk sastopamā, kas ir pretēji citu valstu datiem, kur Alzheimer demence sastopama ap 70 % gadījumu, liek domāt par nepietiekami precīzu diagnostiku Latvijā.

Alzheimer demences pacientu vadīšana, ārstēšana, aprūpes organizēšana rada grūtības, parasti nepieciešama ilgstoša sadarbība ar speciālistiem, nereti iesaistīti vairāki speciālisti no dažādiem dienestiem. Tāpat ļoti būtiska ir tuvinieku iesaiste, svarīgi ir drošības jautājumi, pacienta neatkarības aspekti (vai spēj dzīvot viens vai nepieciešama institucionāla aprūpe).

Alcheimera demences pacientu vadīšana, ārstēšana un aprūpe ir svarīga, jo šī ir visbiežāk sastopamā demence, ir pieejama zinātniski pierādīta ārstniecība, kas var uzlabot pacienta stāvokli, kavēt institucionālu aprūpi, samazināt pacientu invalidizāciju, kavēt viņu nokļūšanu aprūpējamā statusā, pazeminot pacienta dzīves kvalitāti. Alcheimera demences pacientu vadīšana, ārstēšana un aprūpe būtu jāorganizē sistemātiski, lai pacienti nemērķtiecīgi un lieki neizmanto veselības aprūpes pakalpojumus, lai netiktu lietotas nevajadzīgas ārstniecības metodes, kas nerisina pacienta problēmas, bet rada liekus tēriņus.

Algoritms “Alcheimera demences pacientu vadīšana, ārstēšana un aprūpe” ietver pacientu no 18 gadu vecuma (biežāk virs 60 gadu vecuma) vadīšanu, ārstēšanu un aprūpi kvalitatīvai, sistemātiskai, koordinētai un efektīvai palīdzības sniegšanai

### **Algoritma mērķi**

1. Uzlabot Alcheimera demences pacientu vadīšanu, ārstēšanu un aprūpi primārās un sekundārās veselības aprūpes līmenī
2. Sekmēt mērķtiecīgāku, koordinētāku pacienta ar Alcheimera demenci virzību veselības aprūpes sistēmā, kā arī efektīvu sadarbību ar sociāliem dienestiem, mazinot invalidizāciju, attālinot aprūpes nepieciešamību
3. Racionāli izmantot ārstniecības, aprūpes iespējas, mērķtiecīgi izmantojot uz pierādījumiem balstītas metodes
4. Mazināt nelietderīgu veselības aprūpes resursu izmantošanu, optimizēt pacienta vadīšanas, ārstēšanas un aprūpes plānu.

### **Mērķgrupas**

1. Ģimenes ārsti
2. Psihiatri
3. Neurologi
4. Citi ārsti speciālisti
5. Sociālo dienestu speciālisti
6. Pacienti un viņu tuvinieki, atbalsta personas

### **Pamatprioritātes ieviešot algoritmu**

Pamatā algoritma prioritāte ir organizēt pacienta ar Alcheimera demenci mērķtiecīgu virzību veselības aprūpes sistēmā, nodrošinot efektīvu sadarbību ar ģimenes ārstu, sekmēt sociālo pakalpojumu racionālu izmantošanu, lai mazinātu nelietderīgu un pacientam apgrūtināšu pakalpojumu sniegšanu.

## III. Rekomendācijas<sup>7</sup>

### 1. Sekundārās aprūpes etaps

- 1.1. Sekundārās aprūpes etaps (specializēts neiroloģijas dienas stacionārs vai gerontopsihiatriska klīnika (*šobrīd nav izveidotas un nav iekļautas valsts apmaksas sistēmā minētās ārstniecības iestādes*)) (neirologs, psihiatrs, gerontologs (pēc nepieciešamības pieejams), klīniskais psihologs (pēc nepieciešamības pieejams), sociālais darbinieks, ergoterapeits, psihiatrijas māsa, mākslu terapeiti (pēc nepieciešamības pieejami), fizioterapeits (pēc nepieciešamības pieejams), internists vai kardiologs (pēc nepieciešamības pieejams), psihiatra vai neirologa ambulatorā vizīte vieglas demences gadījumā) (*iekļauts valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā*).
- 1.2. Kritēriji nosūtīšanai uz sekundāro aprūpi (specializēts neiroloģijas dienas stacionārs vai gerontopsihiatriska klīnika) (jāizpildās visiem 3 nosacījumiem):
- Izslēgta citu, atgriezenisku demences cēloņu esamība.
  - Saglabājas/konstatētas demences pazīmes.
  - Pacientam konstatēta vidēji smaga demence (pacients nevar bez citu atbalsta, vajadzīga palīdzība iepērkoties, rīkojoties ar naudu) vai smaga demence (pacients nespēj saprātīgi rīkoties).

**Svarīgi!** Šobrīd nav izveidoti un valsts finansēti specializēti neiroloģiski dienas stacionāri un gerontopsihiatriskas klīnikas, tādēļ, kā pagaidu risinājums, arī vidēji smagu un smagu demenču pacienti tiek sūtīti pie neirologa vai psihiatra uz ambulatoro pieņemšanu. Psihiatram vai neirologam jābūt iespējai laicīgi saņemt nepieciešamo speciālistu konsultācijas un atbalstu (internists vai kardiologs, ergoterapeits, mākslu terapeiti, fizioterapeits, psihiatrijas māsa, sociālais darbinieks, gerontologs).

**Svarīgi!** Ja pacients sākotnēji ar demenci saistītiem simptomiem nokļuvis neiroloģiska vai psihiatriska profila stacionārā nodaļā vai dienas stacionārā (*iekļauts valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā*), visas 1. punktā aprakstītās darbības jāveic šeit.

#### 1.3. Informācijas sniegšana pacientam un viņa tuviniekiem (neirologs/psihiatrs)

1.3.1. Neirologs specializētā neiroloģijas dienas stacionārā (*šobrīd nav izveidota un nav iekļauta valsts apmaksas sistēmā minētā ārstniecības iestāde*), psihiatrs gerontopsihiatrijas klīnikā (*šobrīd nav izveidota un nav iekļauta valsts apmaksas sistēmā minētā ārstniecības iestāde*), psihiatra vai neirologa ambulatorā vizītē vieglas demences gadījumā) (*iekļauts valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā*) sniedz šādu detalizētu informāciju pacientam un viņa tuviniekiem:

- 1.3.1.1. Diagnoze, slimības norise, prognoze, ārstēšanas iespējas
- 1.3.1.2. Drošības jautājumi (medikamentu lietošana, droša vide, apmaldīšanās riska mazināšana, uzraudzība – regulāra vai nē)
- 1.3.1.3. Sociālās palīdzības iespējas (kur var saņemt, kādi galvenie pakalpojumu veidi, iedrošināt tos izmantot)
- 1.3.1.4. Juridiskie, rīcībspējas un neatliekamas palīdzības un/vai palīdzības sniegšanas pret pacienta gribu jautājumu izskaidrošana (mantojums, testaments, agresivitāte, nespēja par sevi parūpēties, dzīvību apdraudošas situācijas)
- 1.3.1.5. Palīdzības iespējas pašiem tuviniekiem, atbildības sloga sadalīšana radnieku, aprūpes personāla starpā

1.3.1.6. Profilakses pasākumi pašiem tuviniekiem, ņemot vērā ģenētisko slimības risku (skatīt klīnisko algoritmu “Demences riska mazināšana dzīves laikā”)

Pacientam un/vai tuviniekiem sniedzamā informācija:

- Pacientam ir iespējams palīdzēt, demences nav parasta novecošana
- Palīdzēt var gan bez medikamentu, gan ar medikamentu palīdzību
- Specifiski medikamenti būtu jāuzsāk lietot nekavējoties, nepieciešams izskaidrot to lomu, pieejamību (valsts kompensācijas iespējas), arī izmaksas (acetilholīnesterāzes inhibitori, neiroleptiķi, antidepresanti)
- Pacients nav izmanījies vai kļuvis slikts cilvēks, viņa uzvedību, diemžēl, nosaka saslimšana
- Pacientam var būt pazemināts garastāvoklis, uztraukums, dusmas, pat agresivitāte – tās ir slimības izpausmes
- Jācenšas pēc iespējas ņemt vērā, uzklaut pacienta vēlmes, domas.
- Iedrošināt pacientu, pozitīvi motivēt, nestrīdēties ar pacientu, nedusmoties uz viņu
- Sekot līdzi – vai pacientam nav aizcietējumi, caureja, patvaļīga urinācija. Vajadzības gadījumā, izmantot palīgierīces (autiņbiksītes), vārdiski atgādināt pacientam par nepieciešamību iet uz tualeti.
- Tuviniekiem runāt ar pacientu lēnāk, nesteidzināt, skatīties uz pacientu, precizēt – vai pacients sapratis, piemēram, lūgt atkārtot teikto.
- Nesteidzināt pacientu ģērbjoties, ļaut izvēlēties drēbes, ieplānot vairāk laiku.
- Veicināt, lai pacients ir fiziski aktīvs – pastaigājas, iet laikā, tiekas ar citiem cilvēkiem
- Tuviniekiem jārēķinās, ka pacients var nenovērtēt savas spējas, var apmaldīties, var kļūdīties, lietojot zāles. Jāņem vērā, ka pacients, iespējams, jau lieto zāles citu veselības problēmu (piemēram, paaugstināts asinsspiediens) risināšanai.
- Nepieciešams jau šobrīd nodrošināt uzraudzību (apmeklē kāds katru dienu) pacientam, salikt zāles speciālos trauciņos, pārbaudīt – vai pacients pareizi lieto.
- Jāizvērtē situācija mājās – vai nevar kaut kur pakrist, vai nav kādas mēbeles, kur var aizķerties, paklāji, kur paklupt, vairoties no kritienu riska. Jābūt pietiekami labam apgaismojumam mājās, pēc iespējas vienkāršākai sadzīves elektroierīču lietošanai.
- Jāizvērtē tālruņa lietošanas spējas – lai pacients var vienkārši piezvanīt (ieprogrammēts tuvinieka tālrunis ātro zvanu piekļuvē)
- Sarežģītu darbību veikšanai (piemēram, lielāki naudas maksājumi) nepieciešama palīdzība.
- Iespējams, būs nepieciešama sociālo dienestu palīdzība, nevajag kautrēties izmantot jebkuru palīdzību. Jau sākt noskaidrot iespējas – dienas centri, sociālās aprūpes iestādes
- Tuviniekiem vajadzētu savā starpā izrunāt – kā varēs organizēt palīdzību, nevajag vienam uzņemt visu atbildību, bet to sadalīt tuvinieku starpā.
- Tuviniekiem izvērtēt juridiskos jautājumus (testamenti, finanšu saistības u.c.), jo jārēķinās, ka slimība var progresēt, nav zināms – cik ātri tas notiks.
- Tuviniekiem pašiem jā rūpējas par savu veselību, jāizmanto pieejamais atbalsts, jā rūpējas par savu veselību (mērena fiziska aktivitāte, Vidusjūras diēta, asinsspiediena, holesterīna kontrole u.c.), ņemot vērā ģenētiska slimības riska varbūtību

**SVARĪGI!** Informācijas apjoms atkarīgs no pacienta funkcionēšanas līmeņa. Piemēram, ja nav tualetes apmeklējumu problēmas, informācija par šo jautājumu sniedzama tikai tuviniekiem, kā brīdinājums par nākotnē iespējamām problēmām

**Svarīgi!** Noteikt un neirologam vai psihiatram vienoties ar pacientu un tuviniekiem par vienu atbildīgo kontaktpersonu (*šobrīd nav iekļauta valsts apmaksas sistēmā, šobrīd šīs funkcijas, savas kapacitātes ietvaros, pilda ģimenes ārsta māsa un ģimenes ārsts, primāri orientējoties uz pacienta virzību veselības aprūpes sistēmas iestādēs*) (ģimenes ārsta māsa labākā gadījumā, specializēta neiroloģijas dienas stacionāra vai gerontopsihiatrijas klīnikas sociālais darbinieks vai psihiatrijas māsa), kas turpmāk koordinēs pacienta ārstēšanas un sociālās aprūpes pakalpojumu saņemšanu. Konkrētās kontaktpersonas izvēlē jāņem vērā šādi kritēriji: demences smagums (viegla – ģimenes ārsta māsa, vidēji smaga, smaga - specializēta neiroloģijas dienas stacionāra vai gerontopsihiatrijas klīnikas sociālais darbinieks vai psihiatrijas māsa), līdzšinējā sadarbība ar ģimenes ārstu (ja ilgstoša sekmīga sadarbība ar ģimenes ārstu – ģimenes ārsta māsa kā kontaktpersona), prognozējamā ārstēšanas un aprūpes intensitāte (ja intensīva ārstēšana paredzēta, pavadošas slimības, komplikēta norise - specializēta neiroloģijas dienas stacionāra vai gerontopsihiatrijas klīnikas sociālais darbinieks vai psihiatrijas māsa kā kontaktpersona).

1.4. Izstrādāt ārstēšanas un aprūpes plānu (ģimenes ārsta un speciālistu apmeklējumu laiki, ārstēšanas rezultātu izvērtēšana, pacienta neatkarības līmenis, nepieciešamā palīdzība, aprūpētāju, ģimenes locekļu iesaiste, sociālo pakalpojumu izmantošanas plāns, apjoms, dokumentu sagatavošana (ja attiecināms) darba spēju ekspertīzei, medikamentu lietošanas uzraudzība) (izstrādā neirologs/psihiatrs).

1.5. Informēt atbildīgo kontaktpersonu (*šobrīd nav iekļauta valsts apmaksas sistēmā, šobrīd šīs funkcijas, savas kapacitātes ietvaros, pilda ģimenes ārsta māsa un ģimenes ārsts, primāri orientējoties uz pacienta virzību veselības aprūpes sistēmas iestādēs*) par tās pienākumiem (informē neirologs/psihiatrs):

1.5.1. Pirmā tiešā tikšanās un pacienta vajadzību novērtēšana

1.5.2. Iepazīšanās ar izstrādāto ārstēšanas un aprūpes plānu (vēlams, ka kontaktpersona bijusi iesaistīta plāna izstrādē)

1.5.3. Sadarbība ar pacienta ģimenes locekļiem, kopīga lēmumu pieņemšana

1.5.4. Informācija par dažādiem pieejamiem pakalpojumiem (īslaicīga sociālā palīdzīga, ilgstoša sociālā aprūpe, dienas centri Alcheimera demenču pacientiem, sociālā darbinieka vizīte mājās, pakalpojums “siltas pusdienas mājās”, valsts atbalsts, kur vērsties sociālajā dienestā, kāda veida dokumentācija nepieciešama.

1.5.5. Regulāra (reizi 6 mēnešos) ārstēšanas un aprūpes plāna pārskatīšana (sadarbībā ar neirologu/psihiatru un ģimenes ārstu).

**Svarīgi!** Kontaktpersona (vislabāk ģimenes ārsta māsa, vai specializēta neiroloģijas dienas stacionāra vai gerontopsihiatrijas klīnikas sociālais darbinieks vai psihiatrijas māsa) nodrošina visas informācijas aprites koordinēšanu, visa informācija pieejama pie ģimenes ārsta; kontaktpersona pacientam pieejama, ja pacients arī atrodas dažādās aprūpes formās vai maina tās (piemēram, mājās, ilgstošā sociālās aprūpes iestādē, īslaicīgi stacionārā).

1.6. **Svarīgi!** Ja pacients tiek izmeklēts un uzstādīta Alcheimera demences diagnoze specializētā neiroloģijas dienas stacionārā (*šobrīd nav izveidota un nav iekļauta valsts apmaksas sistēmā minētā ārstniecības iestāde*), vai neiroloģijas profila stacionārā nodaļā (*iekļauts valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā*), tad neirologs

nosūta pacientu darba spēju izvērtēšanai (ja pacientam ir invaliditātes pazīmes (mēreni vai izteikti traucējumi, kas radušies smadzeņu bojājuma vai disfunkcijas dēļ) un viņš vēlas saņemt invaliditāti<sup>8</sup>).

Ja pacients tiek izmeklēts un uzstādīta Alcheimera demences diagnoze gerontopsihiatrijas klīnikā (*šobrīd nav izveidota un nav iekļauta valsts apmaksas sistēmā minētā ārstniecības iestāde*), psihiatriska profila dienas stacionārā (*iekļauts valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā*) vai psihiatriska profila stacionārā nodaļā (*iekļauts valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā*), tad psihiatrs nosūta pacientu darba spēju izvērtēšanai (ja pacientam ir invaliditātes pazīmes (mēreni vai izteikti traucējumi, kas radušies smadzeņu bojājuma vai disfunkcijas dēļ) un viņš vēlas saņemt invaliditāti<sup>8</sup>).

1.7. Intervences, lai veicinātu pacienta kognitīvās funkcijas, neatkarību un labklājību (ergoterapeits, mākslas terapeits, fizioterapeits, psihologs)

1.7.1. Kognitīvo un sociālo spēju stimulācijas aktivitātes, vēlams grupā (jēgpilnas pastaigas, muzeju apmeklējumi) vieglas un vidēji smagas demences gadījumos.

1.7.2. Kognitīva rehabilitācija (*valsts finansēta ergoterapija, pieejama psihiatriska profila dienas stacionāros, stacionāros, dienas centros*) vieglas un vidēji smagas demences gadījumos.

**Svarīgi!** Nenožīmēt Ginseng (žēņšēņa sakne), E vitamīnu, herbālus produktus, kognitīvus treniņus, interpersonālu terapiju, ne invazīvas smadzeņu stimulācijas metodes.

1.8. Farmakoloģiska Alcheimera demences ārstēšana (neirologs vai psihiatrs)<sup>9</sup> (*šobrīd nepieciešamie medikamenti nav iekļauti valsts kompensējamo zāļu sarakstā*).

1.8.1. Acetilholīnesterāzes inhibitori (piemēram, donepizils, galantamīns, rivastigmīns, ipidakrīns) monoterapijā **jāuzsāk** uzreiz pēc diagnozes uzstādīšanas vieglas vai vidēji smagas Alcheimera demences gadījumos.

1.8.2. Jāuzsāk terapija ar lētāko acetilholīnesterāzes inhibitoru, bet var izvēlēties alternatīvu acetilholīnesterāzes inhibitoru, ņemot vērā blakusparādības, blakus saslimšanas, zāļu mijiedarbību, devas.

1.8.3. Monoterapija ar memantīnu **ir jāuzsāk**, ja:

- Pacients slimo ar vidēji smagu Alcheimera demenci, nepanes vai ir kontraindikācijas pret acetilholīnesterāzes inhibitoriem **vai**
- Pacients slimo ar smagu Alcheimera demenci

1.8.4. Ja pacients jau lieto acetilholīnesterāzes inhibitorus un konstatēta vidēji smaga Alcheimera demence, **var pievienot** terapijai memantīnu

1.8.5. Memantīns **jāpievieno** acetilholīnesterāzes inhibitoriem, ja pacientam ir konstatēta smaga Alcheimera demence

1.8.6. Acetilholīnesterāzes inhibitoru uzsākšanu ordinē neirologs vai psihiatrs.

1.8.7. Ja pacients jau lieto acetilholīnesterāzes inhibitorus un rekomendācijas nosaka nepieciešamību uzsākt memantīna terapiju, to **var uzsākt** ģimenes ārsts.

**Svarīgi!** Tikai Alcheimera demences smagums nav kritērijs acetilholīnesterāzes inhibitoru lietošanas pārtraukšanai.

1.8.8. Tikai ar vienīgo mērķi kavēt Alcheimera demences progresēšanu nenožīmēt pretdiabēta medikamentus, prethipertensijas medikamentus, statīnus, nesteroīdos pretiekaisuma līdzekļus.

1.9. Citu (ne kognitīvo) traucējumu korekcija Alcheimera demences pacientiem (psihiatrs)

1.9.1. Pirms terapijas uzsākšanas, izvērtēt vai ažitācijas, agresijas, distresa, psihotisku simptomu cēlonis nav sāpes, delīrijs, nepietiekama aprūpe



- 1.9.2. Antipsihotisko medikamentu lietošanu uzsākt, ja (jāpiepildās vismaz vienam nosacījumam):
    - 1.9.2.1. Pastāv bīstamība, ka tiks nodarīts kaitējums pašam pacientam vai citiem,
    - 1.9.2.2. Pacientam ir ažitācija, halucinācijas vai murgi, kas rada pacientam distresu
  - 1.9.3. Pirms antipsihotisko medikamentu uzsākšanas, izrunāt ar tuviniekiem ieguvumus un riskus
  - 1.9.4. Lietot vismazāko iespējamo antipsihotisko medikamentu devu pēc iespējas īsāku laiku, pārskatīt terapiju ik 6 mēnešus (pārskata psihiatrs)
  - 1.9.5. Pārtraukt antipsihotiskos medikamentus, ja nav efekta, izdiskutējot ar tuviniekiem
  - 1.9.6. Nelietot valproātus ažitācijas vai agresijas ārstēšanai
  - 1.9.7. Nozīmēt regulāri antidepresantus tikai tad, ja ir informācija par pirms tam bijušām psihiskās veselības problēmām (depresiju). Ja nepieciešams nozīmēt antidepresantus, sākotnēji izvēlēties selektīvos sarotonīna atpakaļsaistīšanās inhibitorus (SSAI)
  - 1.9.8. Nenozīmēt melatonīnu miega problēmu risināšanai pacientam ar Alzheimerera demenci
- 1.10. Kritienu riska multifaktoriāla izpēte un iejaukšanās
    - 1.10.1. Kritienu vēstures izpēte, precizēšana (psihiatrs vai neirologs)
    - 1.10.2. Gaitas, balansa, mobilitātes, muskuļu spēka novērtēšana un treniņi (fizioterapeits)
    - 1.10.3. Osteoporozes riska novērtēšana (internists)
    - 1.10.4. Novērtēt personas funkcionālās spējas, bailes no kritieniem (ergoterapeits)
    - 1.10.5. Redzes kvalitātes izvērtēšana un speciālistu iesaiste, ja nepieciešams (acu ārsts)
    - 1.10.6. Kognitīvo spēju izvērtēšana, neiroloģiska izvērtēšana (psihiatrs, neirologs)
    - 1.10.7. Urīna nesaturēšanas nopietnības izvērtēšana (internists)
    - 1.10.8. Bīstamo mājas situāciju izvērtēšana, uzlabojumu veikšana (pirms pacienta atgriešanās mājās no stacionāra, dienas stacionāra (*iekļauts valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā*), specializēta neiroloģijas dienas stacionāra vai gerontopsihiatrijas klīnikas (*šobrīd nav izveidotas un nav iekļautas valsts apmaksas sistēmā minētās ārstniecības iestādes*), ieteikumu sniegšana (ergoterapeits kopā ar ģimeni)
    - 1.10.9. Kardiovaskulārās sistēmas izmeklēšana, medikamentu pārskatīšana korekcija (internists vai kardiologs)
    - 1.10.10. Psihotropo medikamentu lietošanas izvērtēšana (atcelšana, mazināšana, maiņa) (psihiatrs)

## 2. Alzheimerera demences pacientu vadīšana primārās aprūpes etapā

2. Alzheimerera demences pacientu vadīšana primārās aprūpes etapā (veic ģimenes ārsts). Pacients nonāk šajā etapā pēc 1. punktā ietverto darbību veikšanas.
  - 2.1. Kardiovaskulāro slimību riska faktoru (paaugstināts asinsspiediens, holesterīna līmenis paaugstināts, diabēts, smēķēšana, aptaukošanās, sirds slimības risks (sāpes krūtīs, infarkts), iepriekš bijis insults, tranzitoras išēmiskas lēkmes) novērtēšana (veic ģimenes ārsts).
  - 2.2. Nosūtīt pie speciālista, ja konstatēti iepriekš uzskaitītie kardiovaskulārie riski (ģimenes ārsts nosūta pie kardiologa).

- 2.3. Ieteikt pārtraukt smēķēšanu, ārstēt hipertensiju, diabētu, ieteikt svara samazināšanas diētu (iesaka ģimenes ārsts).
- 2.4. Novērtēt vai pacientam nav pazemināts garastāvoklis, depresijas pazīmes
- 2.5. Svarīgi!** Depresijas diagnostikai izmantojams PHQ – 2 vai PHQ – 9 depresijas novērtēšanas tests. PHQ – 2 un PHQ – 9 pieejami latviešu un krievu valodās, pieejami ģimenes ārstu praksēs.

Pseudodemences un demences atšķirības<sup>10</sup>

<b>Pseudodemence</b>	<b>Demence</b>
Ātri meklē palīdzību	Novēloti, simptomi ilgi
Ātrāka simptomu attīstība	Lēnāk attīstās
Anamnēzē informācija par depresiju	Nav informācijas par psihiskiem traucējumiem
Pacients sūdzas par koncentrēšanās grūtībām	Pacients nesūdzas
Garastāvoklis stabili pazemināts	Mainīgs noskaņojums, var būt pacilāts
Tipiskas pacienta atbildes: “es nezinu”, “tas ir tik grūti”	Pacients atbild, komunicē, bet kļūdaini atbild
Sākotnēji pazemināts garastāvoklis	Sākotnēji atmiņas grūtības

### 3. Uzvedības traucējumu/psihiatrisku simptomu atpazīšana

3. Atpazīt uzvedības traucējumus/psihiatriskus simptomus (ģimenes ārsts) (uztraukums, traucējumi vairāk naktī, ažitācija, agresija, halucinācijas, murgi, trauksme, nekontrolējami emociju izvirdumi); tos konstatējot var uzsākt ārstēšanu vai konsultēties ar/nosūtīt uz specializētu neiroloģijas dienas stacionāru vai gerontopsihiatrijas klīniku (sekundārās aprūpes līmenis) (*šobrīd nav izveidotas un nav iekļautas valsts apmaksas sistēmā minētās ārstniecības iestādes*) vai kā pagaidu risinājums līdz klīniku izveidei - pie psihiatra uz ambulatoro pieņemšanu (*iekļauts valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā*).

### 4. Hronisku problēmu vadīšana pacientiem ar Alcheimera demenci

4. Hronisku problēmu vadīšana pacientiem ar Alcheimera demenci (veic ģimenes ārsts).
- 4.1. Novērtēt, vai pacients nejūt sāpes (izmaiņas uzvedība, kas liecina par sāpēm), pretsāpju terapija, izvērtējot iespējamās blaknes
- 4.2. Kritienu riska novērtējums<sup>11</sup> (aktīvi jautāt par krišanas epizodēm, jautāt tuviniekiem, novērtēt objektīvi pacienta gaitu, stabilitāti, kardiovaskulāro slimību risku, psihotropo medikamentu lietošanu, izglītot pacientus, tuviniekus par krišanas risku, tā novēršanu). Ja gada laikā atkārtoti kritieni – nosūtīt pacientu uz specializētu neiroloģijas dienas stacionāru, gerontopsihiatrisku klīniku (*šobrīd nav izveidotas un nav iekļautas valsts apmaksas sistēmā minētās ārstniecības iestādes*), pie neirologa vai psihiatra (*iekļauts valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā*) kritienu riska multifaktoriālai izpētei (sekundārās aprūpes līmenis) un pasākumu veikšanai kritienu profilaksei.
- 4.3. Cukura diabēta kontrole (ģimenes ārsts)
- 4.4. Inkontinences kontrole, novēršana un ārstēšana (mirabegrons lietojams pacientiem kuriem antimuskarīna medikamenti ir kontrindicēti vai ir nepieņemamas to blakusparādības)<sup>12</sup>.
- 4.5. Ja nepieciešama pacienta stacionāra kādu veselības problēmu paasinājumu dēļ, izvērtēt vai tas patiešām nepieciešams, vai nav iespējams risinājums ambulatori, ņemt vērā ieguvumus un zaudējumus:
- Iespējamā dezorientācija slimnīcā
  - Paredzama ilgāka uzturēšanās slimnīcā

- Iespējamās letalitātes riska pieaugums
- Citu slimību pievienošanās pēc izrakstīšanas no slimnīcas (infekcijas u.c.)
- Delīrija risks
- Negatīvā institucionālā, svešā vide

## 5. Rīcība paliatīvās aprūpes nepieciešamības gadījumos

5. Paliatīvās aprūpes nepieciešamības gadījumos (veic ģimenes ārsts):
- Iesaistīt tuviniekus lēmuma pieņemšanā, izvērtējot labāko iespējamo risinājumu pacientam, tuviniekiem, aprūpētājiem
  - Izvērtēt nepieciešamo atbalstu pacientiem ēšanā un dzeršanā
  - Respektēt personas vēlmes
  - Nodrošināt maksimāli iespējamo palīdzību visu diennakti (tuvinieku iesaiste, iespējas nodrošināt kopēju, institucionāla aprūpe)
  - Respektēt pacienta vēlmes, censties izvairīties no neplānotas hospitalizācijas, ja pacienta vēlme ir nomirt mājas apstākļos<sup>13</sup>.

## 6. Kritēriji pacienta virzīšanai uz sekundāro aprūpi:

- Konstatēti uzvedības traucējumi/psihiatriski simptomi - ažitācija, agresija, halucinācijas vai murgi
- Gada laikā atkārtoti kritieni – vismaz 12 kritieni pēdējā gada laikā

<sup>1</sup> Latvijas neirodeģeneratīvo slimību asociācija. Alcheimera slimības, vaskulārās demences, Levi ķermenišu demences un frontotemporālās demences klīniskās vadlīnijas, <http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/59df1724400d4.pdf> , 2017

<sup>2</sup> National Institute for Health and Care Excellence (NICE) , Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/chapter/About-this-guideline> 2018

<sup>3</sup> Pasaules Veselības organizācijas 2015. gada izdevums "International statistical classification of diseases and related health problems – 10<sup>th</sup> revision, Fifth edition 2016, Volume 1 [http://www.spkc.gov.lv/ssk10/rsc/SSK\\_1\\_levads.pdf](http://www.spkc.gov.lv/ssk10/rsc/SSK_1_levads.pdf) 2016

<sup>4</sup> Alzheimer's Disease International, World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia, <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf> 2015

<sup>5</sup> Centrālais statistikas birojs <https://www.csb.gov.lv/lv/statistika/statistikas-temas/iedzivotaji/iedzivotaju-skaitis/meklet-tema/2402-iedzivotaju-skaita-izmainas-latvija-2017> (skatīts 2018. gada 19. novembrī)

<sup>6</sup> Šica K, Pulmanis T, Taube M. Psihiskā veselība Latvijā 2016. gadā, Tematisks ziņojums, Slimību profilakses un kontroles centrs, Rīga, 2017 [https://www.spkc.gov.lv/upload/Psihiska\\_veseliba\\_faili/tz\\_pvl\\_2016\\_final.pdf](https://www.spkc.gov.lv/upload/Psihiska_veseliba_faili/tz_pvl_2016_final.pdf) (skatīts 2018. gada 19. novembrī)

<sup>7</sup> World Health Organization. mh GAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Module Dementia [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/dem\\_supporting\\_material.pdf](http://www.who.int/mental_health/mhgap/dem_supporting_material.pdf)

<sup>8</sup> Ministru kabineta noteikumu nr 1209 Noteikumi par prognozējamās invaliditātes, invaliditātes un darbaspēju zaudējuma noteikšanas kritērijiem, termiņiem, kartību, <https://www.vestnesis.lv/ta/id/223859-noteikumi-par-prognozejamas-invaliditates-invaliditates-un-darbspeju-zaudejuma-noteikšanas-kriterijiem-termiņiem-un-kartibu> (skatīts 2019. gada 7. aprīlī)

<sup>9</sup> National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease. <https://www.nice.org.uk/guidance/ta217/chapter/1-Guidance> 2018

<sup>10</sup> Sadock b.J., Sadock V.A. Ruiz P, Synopsis of Psychiatry, Seventh Edition, , 2015

<sup>11</sup> National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Falls in older people: assessing risk and prevention. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/chapter/1-Recommendations> 2013

<sup>12</sup> National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Mirabegron for treating symptoms of overactive bladder. <https://www.nice.org.uk/guidance/ta290/chapter/1-Guidance> 2013

---

<sup>13</sup> National Institute for Health and Care Excellence (NICE), End of life care for adults, Quality standard, <https://www.nice.org.uk/guidance/qs13/chapter/Quality-statement-3-Assessment-care-planning-and-review> 2011