

ДЕМЕНЦІЇ та легкі когнітивні розлади

Стандарт медичної допомоги

Наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 03.11.2025 № 1663

Деменція та легкі когнітивні розлади — це стани, пов'язані зі зниженням когнітивних функцій, як-от пам'ять, увага, мислення та здатність до планування. Легкі когнітивні розлади характеризуються помірним зниженням цих функцій без суттєвого впливу на щоденну активність, тоді як деменція супроводжується виразними порушеннями, що чинять суттєвий негативний вплив на пацієнтів. Своєчасне виявлення та належна медична допомога дозволяють сповільнити прогресування симптомів, підтримувати автономність і функціонування, поліпшити загальну якість життя. До вашої уваги представлено скорочену версію Стандарту медичної допомоги щодо деменцій та легких когнітивних розладів, який цього року розробили вітчизняні фахівці.

Загальна частина

Назва діагнозу: Деменція та синдром легких когнітивних порушень

Коди стану або захворювання НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»: F00.0 — хвороба Альцгеймера з раннім початком; F00.1 — хвороба Альцгеймера з пізнім початком; F00.2 — деменція при хворобі Альцгеймера, атипова або змішаний тип; F00.9 — деменція при хворобі Альцгеймера, неуточнена; F01.0 — судинна деменція з гострим початком; F01.1 — мультиінфарктна деменція; F01.2 — Підкіркова судинна деменція; F01.3 — змішана кіркова та підкіркова судинна деменція; F01.8 — Інша судинна деменція; F01.9 — судинна деменція, неуточнена; F02.0 — деменція при хворобі Піка; F02.3 — деменція при хворобі Паркінсона; F03 — неуточнена деменція; F06.7 — легкий когнітивний розлад; G30.0 — хвороба Альцгеймера з раннім початком; G30.1 — хвороба Альцгеймера з пізнім початком; G30.8 — інші форми хвороби Альцгеймера; G30.9 — хвороба Альцгеймера неуточнена; G31.0 — обмежена атрофія головного мозку; G31.3 — хвороба тілець Леві; G31.8 — інші уточнені дегенеративні хвороби нервової системи; G31.9 — дегенеративна хвороба нервової системи, неуточнена.

Розробники:

Маньковський Дмитро Станіславович — завідувач відділення кардіоневрології ДНП «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України», член групи експертів Міністерства охорони здоров'я України за напрямом «Неврологічна та нейрохірургічна допомога», заступник голови робочої групи із клінічних питань

Демченко Аліна Вікторівна — заступниця директора з організаційно-методичної роботи Навчально-наукового медичного центру «Університетська клініка» Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

Дельва Михайло Юрійович — завідувач кафедри нервових хвороб Полтавського державного медичного університету

Марута Наталія Олександрівна — заступниця директора з наукової роботи, завідувачка відділу пограничної психіатрії ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П.В. Волошина Національної академії медичних наук України» (за згодою)

Маркова Маріанна Владиславівна — завідувачка кафедри сексології, психотерапії та медичної психології Харківського національного медичного університету

Московко Геннадій Сергійович — завідувач кафедри неврології та нейрохірургії факультету післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова

Манзубі Вадим Олександрович — завідувач відділення психіатрії первинного психотичного епізоду з палатами для дітей КНП Харківської обласної ради «Обласна клінічна психіатрична лікарня № 3» (за згодою)

Мищенко Владислав Миколайович — завідувач відділу судинної патології головного мозку та реабілітації ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П.В. Волошина Національної академії медичних наук України» (за згодою)

Перелік умовних позначень та скорочень

ЗОЗ	заклади охорони здоров'я	Форма	форма первинної облікової документації
КТ	комп'ютерна томографія	№ 025/о	№ 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №» та інструкція щодо її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 р. № 110, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28.04.2012 р. за № 669/20982
ЛКР	легкий когнітивний розлад		
MPT	магнітно-резонансна томографія		
СМР	спинномозкова рідина		
ХА	хвороба Альцгеймера		
ADAS-Non	шкала некогнітивних розладів	Форма	форма первинної облікової документації
Cog	при хворобі Альцгеймера	№ 003/о	№ 003/о «Медична карта стаціонарного хворого №» та інструкція щодо її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 р. № 110, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28.04.2012 р. за № 662/20975
Aβ42, pTau	біомаркери ліквору, які використовуються		
і загальний	для діагностики ХА		
тау-білок			
eGFR	розрахункова швидкість клубочкової фільтрації		
BADL	бристольська шкала активності у повсякденному житті	Форма	форма первинної облікової документації № 028/о
NPI	нейропсихіатричний опитувальник	№ 028/о	«Консультаційний висновок спеціаліста», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 р. № 110
MMSE	короткий тест оцінки психічного статусу		«Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28.04.2012 р. за № 683/20982
MoCA	монреальський когнітивний тест		

<i>Негрич Тетяна Іванівна</i>	завідувачка кафедри неврології ДНП «Львівський національний медичний університету імені Д. Галицького», член групи експертів Міністерства охорони здоров'я України за напрямом «Неврологічна та нейрохірургічна допомога»
<i>Прокотів Марія Мирославівна</i>	завідувачка кафедри неврології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця
<i>Рахман Людмила Володимирівна</i>	в.о. завідувача кафедри психіатрії та дитячої психіатрії, психотерапії та клінічної психології ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»
<i>Хіміон Людмила Вікторівна</i>	завідувачка кафедри терапії, сімейної медицини, гематології та трансфузіології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Розділ І. Організація надання медичної допомоги та спостереження за пацієнтами з деменцією і легким когнітивним розладом

1. Положення стандарту медичної допомоги

Медична допомога пацієнтам із деменцією та легким когнітивним розладом (далі — ЛКР) надається в закладах охорони здоров'я (далі — ЗОЗ), що надають первинну та спеціалізовану медичну допомогу, і потребує міждисциплінарної співпраці й інтегрованого ведення пацієнтів мультидисциплінарною командою фахівців, до якої мають бути включені: лікар загальної практики — сімейний лікар, лікар-невропатолог, лікар-психіатр, лікар-психотерапевт, лікар-психолог, лікар-офтальмолог, лікар фізичної та реабілітаційної медицини, лікар-фізіотерапевт,

лікар-радіолог, лікар-нейрохірург та фахівці з немедичною освітою: клінічний психолог, терапевт мови та мовлення, психотерапевт.

Скринінгове тестування пацієнтів зі скаргами на когнітивний дефіцит та за наявності факторів ризику розвитку деменції може бути здійснене лікарями загальної практики — сімейними лікарями. Лікарі різних спеціальностей мають бути обізнані щодо основних факторів ризику та початкових клінічних проявів деменції з метою їх раннього виявлення та скерування пацієнта до відповідного фахівця.

2. Обґрунтування

Деменція є прогресуючим і, певною мірою, незворотнім клінічним синдромом, що характеризується значним ураженням когнітивних функцій: втратою пам'яті, зниженням швидкісних характеристик та продуктивності мислення, погіршенням мови, порушенням орієнтації, що призводить до зміни особистості, труднощів у повсякденній діяльності, поведінкових розладів. Усе це суттєво впливає на якість життя як самих пацієнтів, так і їхнього оточення.

Ефективні системи комунікації, що відповідають індивідуальним потребам пацієнта, є дуже важливими для забезпечення своєчасної діагностики захворювання та його скерування до відповідного ЗОЗ.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Пацієнти зі встановленим діагнозом деменції або ЛКР перебувають під спостереженням лікарів загальної практики — сімейних лікарів або лікарів-невропатологів / лікарів-психіатрів.

2. Наявність локально узгодженого клінічного маршруту пацієнта (далі — КМП) з деменцією та ЛКР, що координує та інтегрує медичну допомогу для забезпечення своєчасної діагностики й лікування.

3. Наявність задокументованого індивідуального плану обстеження та лікування, узгодженого з пацієнтом і, за його згодою, із членами сім'ї та/або його законними представниками, й доступного мультидисциплінарній команді, що містить інформацію щодо діагнозу пацієнта, лікування та моніторингу його стану.

4. Пацієнти та, за згодою, члени сім'ї / їхні законні представники, забезпечуються у доступній формі інформацією щодо стану пацієнта, плану лікування та подальшого моніторингу когнітивного і функціонального стану з метою своєчасного виявлення змін та організації консультації відповідних лікарів, навчаються навичок, необхідних для поліпшення результатів медичної допомоги, забезпечуються контактами для отримання додаткової інформації та консультацій.

5. У випадку виявлення проблем життєзабезпечення пацієнта з деменцією, за потреби — направлення до служби паліативної допомоги та/або соціального захисту.

6. Надавачі медичних послуг розміщують інформаційні матеріали стосовно основних клінічних проявів різних форм деменції в доступних для пацієнтів місцях, а також на своїх веб-сайтах та офіційних сторінках ЗОЗ у соціальних мережах.

7. Навчання та підтримка осіб, які доглядають за пацієнтом з деменцією у вирішенні труднощів щодо догляду.

Бажані:

1. Надання психологічної підтримки та консультацій для членів сім'ї / законних представників.

Розділ II. Діагностика деменції та ЛКР

1. Положення стандарту медичної допомоги

Синдром когнітивного дефіциту може бути запідозрений лікарем будь-якої спеціальності, як при фізикальному обстеженні, так і при оцінюванні скарг самого пацієнта та членів сім'ї / законних представників.

Діагноз синдрому ЛКР встановлюється за наявності ознак об'єктивної когнітивної недостатності, які представляють собою погіршення розумових функцій порівняно із попереднім вихідним станом, але які не є настільки серйозними, щоб перешкоджати незалежному функціонуванню. Порушення складних повсякденних розумових функцій сумісне із діагнозом ЛКР.

Підтвердження діагнозу деменції, синдрому ЛКР та хвороби Альцгеймера (далі — ХА), встановлення належності до певної нозологічної категорії здійснюється лікарями-невропатологами або лікарями-психіатрами на підставі анамнестичних і клінічних даних, результатів проведеного психологічного тестування, лабораторних та нейровізуалізаційних методів дослідження.

2. Обґрунтування

Під поняттям деменції розуміють зниження або втрату когнітивних функцій та повсякденних навичок. Здебільшого прогресуючий перебіг захворювання призводить до порушень часово-просторової орієнтації, комунікативних навичок, автобіографічної ідентичності

та особистісних рис. Часто тяжка стадія деменції характеризується повною безпорадністю та залежністю від зовнішнього / навколишнього середовища. Особи з деменцією мають підвищений ризик супутніх захворювань та меншу тривалість життя. Через ці характеристики деменцію варто сприймати як серйозне захворювання.

Метою діагностики деменції є виявлення захворювання на його ранніх стадіях. Термін відноситься до моменту встановлення діагнозу, який дає можливість особі, яка хворіє, отримати надалі найкраще лікування та догляд. Це означає, що діагноз має бути встановлений у той час, коли можна використовувати ефективні методи лікування, що принесуть користь пацієнтам та уповільнять прогресування захворювання.

ХА розвивається дуже повільно, і пацієнти зазвичай проходять стадію ЛКР. Перехід між ЛКР і деменцією не є чітко визначеним і діагностується за допомогою оцінки повсякденних навичок.

Обов'язковим симптомом типової ХА є порушення пам'яті гіпокампаального типу (наприклад, виявляється за допомогою тесту на пригадування з підказкою), а діагноз має бути підтверджений за допомогою біомаркерів, що надає можливість діагностувати ХА, навіть якщо деменції ще немає, на стадії ЛКР. Наявність біомаркерів ХА — амілоїду і тау-білка — необхідно підтвердити шляхом лабораторної діагностики спинномозкової рідини (далі — СМР) або позитронно-емісійної комп'ютерної томографії (далі — ПЕТ).

Ознаки судинної деменції включають часте поєднання кількох неврологічних та нейропсихологічних синдромів у пацієнтів. Для судинної деменції характерним є флюктууючий перебіг, сходинкоподібне прогресування, минулі епізоди дезорієнтування та якісні порушення свідомості. Саме поєднання когнітивних порушень і вогнищового неврологічного дефіциту відрізняє судинну деменцію від ХА.

Важливим діагностичним критерієм судинної деменції є наявність цереброваскулярного захворювання, підтвердженого клінічними, біохімічними даними та даними генетичних досліджень, доплерографією судин головного мозку, нейровізуалізацією головного мозку.

Ознаки когнітивного дефіциту можуть зустрітися у практиці лікаря будь-якої спеціальності. Тому для його своєчасної діагностики має значення вміння лікарів визначити наявність ознак когнітивного дефіциту для подальшого скерування пацієнта до лікаря-невропатолога / лікаря-психіатра з метою встановлення ступеня когнітивного дефіциту (після патопсихологічного тестування) та діагнозу і призначення лікування.

У разі підозри на деменцію або ЛКР діагностика має бути послідовною. Обов'язкове застосування стандартного нейропсихіатричного опитувальника у випадках легкої або сумнівної деменції. Під час діагностики деменції і на регулярній основі після встановлення діагнозу необхідно проводити оцінку на наявність супутніх захворювань і ключових психіатричних особливостей, пов'язаних з деменцією, включаючи депресію і психоз.

Синдром деменції та ЛКР також може виникати за великої кількості захворювань з різними патофізіологічними механізмами та динамікою розвитку. Деякі патології, що призводять до когнітивного дефіциту, можуть мати цілком зворотній характер, тому своєчасне встановлення

коректного діагнозу може змінити перспективу лікування та наслідки для пацієнта.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Лікарі будь-якої спеціальності при виявленні симптомів когнітивних розладів, скарг пацієнта та/або членів сім'ї / законних представників на такі порушення та враховуючи потенційні фактори ризику деменції (низький рівень освіти, порушення слуху, травма голови, артеріальна гіпертензія, ожиріння, цукровий діабет, низький рівень фізичної активності, депресія, соціальна ізоляція, вживання > 21 одиниці алкоголю на тиждень, тютюнокуріння, проживання на забруднених територіях), мають скерувати пацієнта на консультацію до лікаря-невропатолога або лікаря-психіатра.

2. З метою діагностики деменції або ЛКР рекомендується провести опитування опікунів, за наявності та за згодою пацієнта, щодо його функціональної здатності.

3. Варто оцінити здатність пацієнта надати згоду, його спроможність зрозуміти надану інформацію, особливості своєї хвороби та можливості її лікування, здатність виносити судження та приймати рішення, і на основі всього цього зробити загальну оцінку.

4. Лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі-невропатологи / лікарі-психіатри за згодою пацієнта та/або членів сім'ї / законних представників, повинні оцінити стан пацієнта за допомогою коротких когнітивних тестів, як-от Короткий тест оцінки психічного статусу (далі – MMSE), наведеного у додатку 1 до цього Стандарту та/або Монреальський когнітивний тест (далі – MoCA), наведеного у додатку 2 до цього Стандарту. Якщо під час обстеження короткими тестами MMSE та/або MoCA когнітивних порушень не виявлено, лікар загальної практики – сімейний лікар має скерувати пацієнта до лікаря-невропатолога або лікаря-психіатра.

5. Пацієнти із виявленими ознаками, за якими може бути запідозрена деменція або синдром ЛКР, скеровуються до лікаря-невропатолога або лікаря-психіатра для діагностики та встановлення діагнозу.

6. Показаннями для обов'язкового скерування пацієнта на консультацію до лікаря-психіатра є наявність ознак депресії, тривоги, апатії, агресії, психотичних симптомів, розгальмованості або суїцидальної поведінки.

7. Для встановлення діагнозу деменції лікар-невропатолог та/або лікар-психіатр проводить наступні діагностичні заходи:

- оцінювання та деталізація скарг;
- збір анамнезу життя та хвороби (дебют симптомів, їх перебіг, тривалість), наявність коморбідних захворювань та супутньої терапії;
- оцінювання соматичного статусу;
- оцінювання неврологічного статусу;
- оцінювання психічного статусу (виявлення психічних та поведінкових порушень із застосуванням Нейропсихіатричного опитувальника (далі – NPI) та Бристольської шкали активності у повсякденному житті (далі – BADL).

8. Провести обстеження на наявність депресії відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної,

вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.12.2014 № 1003.

9. Провести лабораторні обстеження:

- загальний аналіз крові;
- біохімічний аналіз крові з визначенням показників: електролітів (Na^+ , K^+ , Ca^{2+}), аспартатамінотрансферази, гамма-глутамілтрансферази, креатиніну, сечовини, С-реактивного білка, тиреотропного гормону, вітаміну B_{12} ;
- визначення розрахункової швидкості клубочкової фільтрації.

10. У випадку підозри на ненейродегенеративну причину деменції (хвороба Кройцфельда – Якоба, енцефаліти, нормотензивна гідроцефалія тощо) провести люмбальну пункцію з дослідженням СМР.

11. Провести нейровізуалізаційні дослідження, як-от магнітно-резонансна томографія (далі – МРТ) головного мозку або комп'ютерна томографія (далі – КТ) (здійснюється у разі протипоказань до проведення МРТ) для виявлення регіональної атрофії, зокрема медіальної скроневої частки, та визначення ступеня судинного ураження за шкалою Фазекаса.

12. У разі підозри на моногенну деменцію, при ранньому початку захворювання або позитивному сімейному анамнезі скерувати пацієнта на консультування до лікаря-генетика.

Бажані:

1. Дослідження СМР на маркери ХА ($\text{A}\beta_{42}$, співвідношення $\text{A}\beta_{42}/\text{A}\beta_{40}$, загального тау-білка та рТау) проводяться у випадках деменції або ЛКР, якщо результат має очікуваний вплив на лікування (або за бажанням пацієнта);

2. Біологічним родичам пацієнта, якому був встановлений діагноз ХА, за їх бажанням, може бути проведено скринінгове тестування у вигляді коротких тестів MMSE та MoCA а також дослідження СМР на маркери деменції при ХА для виявлення ймовірності розвитку ХА в майбутньому.

Розділ III. Лікування та спостереження за пацієнтами з деменцією та ЛКР

1. Положення стандарту медичної допомоги

Медична допомога пацієнтам з деменцією зазвичай здійснюється амбулаторно. Стаціонарне лікування є винятком, наприклад, у кризовій ситуації.

Лікування пацієнтів з деменцією призначається лікарем-невропатологом або лікарем-психіатром.

Терапія деменції включає медикаментозне та немедикаментозне лікування первинних симптомів деменції, когнітивних розладів, функціональних порушень, а також лікування психічних та поведінкових розладів. Ці методи мають бути включені до комплексного плану лікування, базуватися на обґрунтованих рішеннях та адаптуватися до вимог окремих фаз захворювання. Центральним компонентом є інтеграція середовища догляду за пацієнтом.

Лікар загальної практики – сімейний лікар має проводити періодичний моніторинг когнітивного та функціонального

стану пацієнта з деменцією, дотримуватися призначеного лікування для своєчасного виявлення змін і скерувати пацієнта до лікаря-невропатолога або лікаря-психіатра для корекції терапії.

2. Обґрунтування

На даний час не існує методів, що можутьвилікувати деменцію. Водночас напрацьований значний світовий досвід щодо поліпшення когнітивних, некогнітивних, емоційних та інших специфічних розладів за допомогою немедикаментозних і медикаментозних втручань.

Серед патопсихологічних симптомів, що потребують лікування, виділяють: депресію, страх, апатію, ажитацію, агресію, розлади сну (нічний неспокій/порушення ритму сну та неспання), вечірній неспокій (блукання).

Госпіталізація пацієнтів із деменцією до ЗОЗ, що спеціалізуються на діагностиці та лікуванні неврологічних або психічних захворювань та мають у своїй структурі відділення інтенсивної терапії, здійснюється у випадках:

- психотичних явищ, що загрожують безпеці пацієнта або оточуючих;
- виразного психомоторного збудження, агресивної поведінки, виразних порушень сну, харчової поведінки або безпорадності пацієнта та його критичного виснаження;
- необхідності інтенсивної терапії у зв'язку із супутньою патологією, що ускладнює перебіг деменції.

Госпіталізація до ЗОЗ, що надає психіатричну допомогу, дієздатних осіб та осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, здійснюється відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу».

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Лікування когнітивних порушень:

- пацієнтам із ЛКР та деменцією легкого ступеня або їх законним представникам надаються рекомендації щодо когнітивних тренувань, лікувальної фізкультури, когнітивної стимуляції та фізичних тренувань (силових та/або аеробних) для поліпшення когнітивної функції;
- когнітивні порушення, що відповідають деменції, є показанням до початку медикаментозної терапії;
- у випадку деменції легкого та помірного ступеня пацієнтам призначаються інгібітори холінестерази (донепезил, ривастигмін або галантамін);
- для лікування когнітивних функцій та здатності виконувати повсякденну діяльність при помірній або тяжкій ХА призначається мемантин;
- для лікування когнітивних порушень при судинній деменції застосовуються лікарські засоби: донепезил, галантамін або мемантин;
- для лікування деменції при хворобі Паркінсона рекомендовано застосовувати ривастигмін;
- для лікування когнітивних функцій при легкій та помірній деменції при хворобі з тільцями Леві рекомендовано використовувати донепезил;

2. Лікування психопатологічних та поведінкових симптомів варто розпочинати із застосування немедикаментозних методів: когнітивної стимуляції, проведення лікувальної фізкультури, музикотерапії, танцювальної терапії;

3. У випадку виявлення депресії у пацієнтів із ХА та іншими деменціями рекомендовані лікарські засоби із групи антидепресантів: сертралін та міртазапін. У разі симптомів тривоги в осіб із деменцією призначають препарати із групи антидепресантів (есциталопрам, пароксетин, дулоксетин) та анкіолітиків (прегабалін, опіпрамол, буспірон). Варто уникати застосування бензодіазепінів через можливий розвиток залежності з ризиком абстинентного маячіння, погіршенням когнітивних функцій і ризиком падінь. Якщо застосування все ж необхідне в окремому випадку, варто використовувати найменшу можливу дозу бензодіазепіну короткої дії протягом короткого періоду часу. У випадку виявлення психотичних симптомів (маячіння, галюцинації) лікуванням першої лінії є рисперидон (не застосовувати при хворобі з тільцями Леві або хворобі Паркінсона); спробу припинити лікування нейрорептиками слід проводити кожні декілька тижнів.

4. За наявності епілептичних нападів у пацієнтів із деменцією лікування проводиться відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Епілепсії у дорослих», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17.04.2014 № 276;

5. Проводити геріатричне обстеження для людей із деменцією через регулярні проміжки часу.

6. Проводити оцінку супутніх захворювань у пацієнтів з деменцією.

7. Регулярно оцінювати лікування, щоб зменшити поліпрагмазію, медикаментозну взаємодію і побічні ефекти.

8. Рекомендовано, щоб пацієнти з легкою деменцією або ЛКР проходили оцінку здатності керувати автомобілем принаймні раз на рік і частіше, якщо прогресування хвороби є клінічно значущим.

Індикатори якості медичної допомоги

1. Наявність у лікаря загальної практики – сімейного лікаря клінічного маршруту пацієнта (далі – КМП) із деменцією та ЛКР.

2. Наявність у лікаря, який надає спеціалізовану медичну допомогу, КМП із деменцією та ЛКР.

3. Відсоток пацієнтів із деменцією та ЛКР, яким було проведено лабораторне визначення рівня вітаміну В₁₂.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у лікаря загальної практики – сімейного лікаря КМП із деменцією та ЛКР.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту медичної допомоги «Діагностика та лікування деменцій та легких когнітивних розладів» (далі – СМД).

Цей індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (далі – КМП) в регіоні. Якість надання медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП і КМП чинному СМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

- 2025 р. – 90 %;
- 2026 р. та подальший період – 100 %.

Інструкція з обчислення індикатора. Організація, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями загальної практики – сімейними лікарями, зареєстрованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані надаються поштою, зокрема електронною.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності внутрішніх документів ЗОЗ/КМП із деменцією та ЛКР.

Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем загальної практики – сімейним лікарем.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Наявність у лікаря, який надає спеціалізовану медичну допомогу, КМП із деменцією та ЛКР.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього СМД.

Цей індикатор характеризує організаційний аспект запровадження КМП в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП та КМП чинному СМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

- 2025 рік – 90 %;
- 2026 рік та подальший період – 100 %.

Інструкція з обчислення індикатора. Організація, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з деменцією та ЛКР, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані надаються поштою, зокрема електронною.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам із деменцією та ЛКР, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам із деменцією та ЛКР, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з деменцією та ЛКР, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з деменцією та ЛКР, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з деменцією та ЛКР.

Джерелом інформації є КМП, наданий ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам із деменцією та ЛКР.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

3. Відсоток пацієнтів з деменцією та ЛКР, яким було проведено лабораторне визначення рівня вітаміну В₁₂.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього СМД.

Це показник, що оцінює відсоток пацієнтів, яким проведено лабораторне визначення рівня вітаміну В₁₂, для підтвердження діагнозу деменції та ЛКР. Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього СМД не визначається заради запобігання викривлення реальної ситуації.

Організація, яка має обчислювати індикатор: інформаційно-аналітичні відділи ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з ЛКР та деменцією, розташовані на території обслуговування.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Дані надаються лікарями, які надають медичну допомогу пацієнтам з деменцією та ЛКР, а саме: лікарями загальної практики – сімейними лікарями, лікарями-невропатологами, лікарями-психіатрами.

Дані надаються поштою, зокрема електронною.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки або автоматизована обробка за допомогою МІС та розраховується як відношення чисельника та займенника.

Індикатор обчислюється після надходження інформації від всіх ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам із деменцією та ЛКР, незалежно від форми власності, розташованих на території обслуговування.

Знаменник індикатора складає загальна кількість осіб із діагнозом деменції та ЛКР, зареєстрованих впродовж звітного періоду на території обслуговування.

Джерелом інформації є: форма № 025/о; інформація з МІС.

Чисельник індикатора складає кількість осіб із підтвердженим діагнозом деменції та ЛКР, для яких задокументовано факт проведення лабораторного визначення рівня вітаміну В₁₂.

Джерелом інформації є: форма № 025/о; інформація з МІС. Значення індикатора наводиться у відсотках.