

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:  
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00758&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.  
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

## Настанова 00758. Лікування пацієнтів з порушенням пам'яті

*Коментар експерта.* В Україні наявні медико-технологічні документи за темою Деменція <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/83-dementsiia>, за темою Депресія <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/12-depresii>

Автори: Ari Rosenvall, Anne Koivisto  
Редактор оригінального тексту: Sari Atula  
Дата останнього оновлення: 2017-05-08

### Основні положення

*Коментар експерта.* В Україні відсутні організаційні форми обслуговування пацієнтів з порушеннями пам'яті, рекомендовані даною настановою

- У лікуванні розладів пам'яті важливе значення мають індивідуальний підхід, забезпечення своєчасної, постійної підтримки і захисту пацієнтів та їх сімей, а також специфічна медикаментозна терапія.
- Слід виключати фактори, які викликають стрес у пацієнтів та уникати змін, що можуть посилити симптоми.
- Необхідне відповідне лікування поведінкових симптомів та інших захворювань (немедикаментозне лікування та фармакотерапія, за необхідності)
- Потрібна регулярна (принаймні кожні 6-12 місяців) оцінка, що включає оцінку ефективності медикаментозної терапії та її необхідність, а також корекцію плану догляду і лікування.

- Рішення щодо переведення пацієнта до спеціалізованої допомоги приймається у випадку наявності факторів ризику, на які не впливають часті візити працівників послуг з обслуговування на дому або якщо догляд на дому здійснювати досить важко.

## Симптоматична медикаментозна терапія

- Симптоматична медикаментозна терапія рекомендована вже при дуже легких форм хвороби Альцгеймера (ХА), порушеннях пам'яті на фоні хвороби Паркінсона (ХП), деменції з тільцями Леві (ДТЛ) або комбінації ХА з цереброваскулярними захворюваннями або іншими перерахованими вище патологіями.
- На ранній стадії ХА з легким перебігом препаратом першого вибору є інгібітори ацетилхолінестерази (АCh-інгібітор) - донепезил, галантамін або ривастигмін, які показали свою ефективність у різних дослідженнях. Якщо інгібітори ацетилхолінестерази не рекомендовані (наприклад, через протипоказання), лікування можна розпочати з мемантину.
- У випадку ХА при дуже легкому або легкому перебігу можна розглянути використання харчової добавки Souvenaid®.
- Інгібітори ацетилхолінестерази і мемантин - основні препарати для лікування помірно важкої і важкої ХА.
- У разі порушень пам'яті пов'язаних з цереброваскулярним захворюванням або судинними когнітивними розладами (СКР), препарати для лікування порушень пам'яті можуть підтримувати когнітивні функції, але не сприяти збереженню здатності до самообслуговування. СКР або судинна деменція не є офіційними показаннями для призначення будь-яких препаратів, які пройшли дослідження в Європі чи США.
- Галантамін, у будь-якому випадку, ефективний для лікування, як ХА, так і розладу пам'яті змішаного генезу (ХА+СКР).
- Інгібітори ацетилхолінестерази - препарати першої лінії для лікування симптомів порушення пам'яті спричинених ХП. З цієї групи препаратів, ривастигмін офіційно дозволений для лікування розладів пам'яті при ХП.
- Інгібітори холінестерази ефективні для лікування симптомів ДТЛ, проте цей стан не є офіційним показанням для їх застосування.
- Препарати для лікування ХА не показані для лікування лобно-скроневої дегенерації і не повинні використовуватися з цією метою.

- Метою медикаментозної терапії ХА на будь-якій стадії захворювання є збереження впродовж тривалого часу будь-якої здатності до самообслуговування - підтримання досить скромних можливостей навіть у важкій стадії захворювання - а також попередження або лікування різних симптомів хвороби (наприклад, поведінкових).
- Для оцінки ефективності лікування та необхідності підтримки і допомоги слід використовувати затверджений метод. Найкраще це проявляється у випадку виконання щоденних завдань. Оцінка за шкалою ADCS-ADL (опитувальник опікуна щодо повсякденної активності особи з порушенням пам'яті) показує, що повсякденна активність пацієнтів з ХА, які отримують медикаментозну терапію, знижується в середньому на 5-7 балів за рік (хороша відповідь на лікування) впродовж перших 3 років, а потім в середньому на 9 балів за рік.
- Необхідно також контролювати настрій та поведінкові симптоми (використовуючи шкалу депресії Бека, геріатричну шкалу депресії, нейропсихологічний опитувальник, Фрайбургський особистісний опитувальник).
- Медикаментозну терапію розладів пам'яті відмінюють, якщо її ефективність не вдається адекватно контролювати, якщо з'являються серйозні незворотні побічні ефекти, незважаючи на заміну препаратів, якщо стан пацієнта швидко погіршується на фоні прийому будь-яких препаратів або їх комбінацій, а також якщо фармакотерапія буде визнана неефективною у пацієнтів, які не здатні до самообслуговування або мають поведінкові симптоми на фоні важкої деменції.

## Підтримка догляду вдома

- Регулярні візити до медичного центру або домашні візити (кожні 6-12 місяців або частіше за необхідності) допомагають виявляти будь-які проблеми, що виникають і визначати підтримку, необхідну у майбутньому.
- Важливо підтримувати осіб, які доглядають за пацієнтом вдома. Навіть самотні пацієнти, можуть отримувати підтримку служб, які надають послуги догляду на дому або координаторів з догляду за особами з деменцією. Див. також [\[Настанова 00477 | Вибір місця догляду за п...\]](#).
- Організують візити патронажних медсестер та допомогу на дому, а також будь-які інші необхідні послуги (наприклад, доставку їжі, прибирання). Слід пам'ятати, що з прогресуванням порушень пам'яті пацієнти не можуть більше приймати рішення у своїх інтересах з

таких питань, як необхідність догляду. Важливо прислуховуватися до думки осіб, які здійснюють догляд; якщо існує об'єктивна потреба в підтримці, її слід надавати, навіть якщо пацієнт не вважає це необхідним.

- Необхідно оцінити ситуацію в сім'ї опікуна і його здатність справлятися з взятими на себе обов'язками (симптоми депресії та інших розладів, пов'язане напруження). Членам родини, які здійснюють догляд за пацієнтами з порушеннями пам'яті вдома, необхідно допомагати і намагатися надавати вільний від обов'язків по догляду час.
- Денні центри і клуби для осіб з порушеннями пам'яті мають практичне значення, надаючи особам, які доглядають, трохи вільного часу.
- Слід організувати догляд у лікарнях денного типу або інших закладах короткотривалого перебування відповідно до потреб опікуна. Це найкращим чином сприяє збереженню функціональних можливостей пацієнта.
- У разі необхідності виписують медичні документи на допомогу та пільгові медичні препарати (нейролептики і антидепресанти).
- Надають інформацію щодо діяльності місцевих асоціацій пацієнтів з ХА або порушеннями пам'яті, тобто групи для членів сім'ї, де є такий пацієнт.
- Якщо неможливо вирішити фінансові та інші питання, пацієнту призначається офіційний опікун. Офіційний опікун повинен бути призначений заздалегідь, на ранній стадії розладу пам'яті, коли пацієнт здатний приймати рішення в своїх найкращих інтересах.
- Пацієнти, які потребують інтенсивної підтримки, можуть спостерігатися амбулаторно в місцевих спеціалізованих закладах. Ці центри також служать консультативними центрами з догляду.

## Рішення щодо довготривалої медичної допомоги

- Найбільш частими причинами для оформлення до спеціалізованого закладу на постійній основі є
  - порушення поведінки, зокрема агресія (найбільш часта причина)
  - стресс або хвороба особи, яка здійснює догляд
  - втрата рухових функцій
  - втрата навичок самообслуговування

- нетримання сечі
- нездатність впізнавати родичів і домашнє середовище
- неспокій вночі.
- Через нездатність адекватно оцінювати свій стан люди з розладами пам'яті часто хочуть залишатися у своєму будинку, навіть якщо для цього більше немає необхідних умов. Якщо член родини бажає припинити догляд за пацієнтом вдома, слід обговорити з ним причини такого рішення. У разі неможливості усунення цих причин пацієнта переводять до спеціалізованого закладу. У разі вирішенні питання щодо можливості продовження догляду вдома беруть до уваги думку особи, яка здійснює догляд і знає щодо доступних заходів підтримки.
- Продовжити період лікування пацієнтів з деменцією, які проживають окремо, у домашніх умовах дозволяють щоденні візити медсестри та нічного патруля. У деяких випадках можуть бути використані електронні методи спостереження. Особа з деменцією не здатна використовувати персональні пристрої сигналізації. Найбільші загрози становлять пожежа і можливість заблукати (вплив холоду взимку).
- Якщо аналіз ризиків виявляє небезпеку, яку неможливо нівелювати навіть завдяки частим візатам патронажних служб, пацієнта переводять до спеціалізованого закладу. У випадку прогресування хвороби найкращим рішенням є будинок для проживання людей з деменцією або житло, забезпечене цілодобовим наглядом.

## **Фактори, які посилюють симптоми розладу пам'яті**

- Оскільки порушення пам'яті прогресує (особливо на етапі деменції), необхідно виявляти і за можливості усунути фактори, що знижують функціональні можливості пацієнта. Необхідно уникати наступних ситуацій
  - незнайомих місць (переміщатися лише зі знайомою особою)
  - тривалого перебування на самоті
  - великої кількості подразнюючих факторів (наприклад, перебування в оточенні великої кількості незнайомих людей)
  - темряви (достатнє освітлення вночі)
  - будь-яких інфекцій (найчастіше зустрічається інфекція сечовивідних шляхів)

- низького артеріального тиску
- хірургічних втручань і анестезії; лише за нагальної потреби (спінальна анестезія не є безпечнішою за загальну)
- спекотної погоди, сонячних пляжів на півдні (перегрівання, втрати рідини)
- прийому великої кількості ліків.

## Принципи медикаментозної терапії розладів поведінки [доказ 05235 | C] [доказ 06503 | D]

- Контроль розладів поведінки здійснюється переважно немедикаментозними засобами [доказ 02531 | D] [доказ 04395 | C] [доказ 05329 | D] [доказ 06105 | D] [доказ 06130 | D] [доказ 06131 | D] [доказ 07257 | C] [доказ 07295 | C] [доказ 06135 | B], наприклад, шляхом виключення провокуючих факторів, таких як інфекції, біль, почуття невпевненості в поєднанні зі ставленням до пацієнта з належною повагою.
- Сплутаність свідомості, наприклад, може виникнути через гіпотензію. Гіпотензія, зазвичай, виникає вночі; крім того, артеріальний тиск слід вимірювати у вертикальному положенні. Систолічний артеріальний тиск повинен бути вище 125 мм. рт.ст.
- Сплутаність свідомості часто посилюється проблемами з просторовою орієнтацією в умовах слабкого освітлення навколишнього середовища, проблемами з орієнтацією під час подорожей або у випадку проведення незвичних для пацієнта процедур (наприклад, під час періодичного лікування). Ці аспекти слід врахувати при плануванні лікування.
- Донепезил, ривастигмін, галантамін та мемантин також впливають на поведінкові симптоми у пацієнтів з ХА. Рання терапія інгібіторами ацетилхолінестерази затримує виникнення поведінкових симптомів у пацієнтів з ХА.
- Психотропні препарати слід застосовувати в малих дозах короткими курсами (менше 6 тижнів). Вечірня доза може бути вищою, оскільки збудження вночі досить шкідливе для лікування в цілому.
- У випадку додаткової підозри на депресію або тривожність на фоні ХА [доказ 03686 | C] або судинної деменції слід спробувати терапію антидепресантами. Антидепресанти можуть бути ефективними, якщо збудження і агресія викликані тривожністю [доказ 06847 | D].

- У разі неефективності інших заходів лікування можливе призначення нейролептиків другого покоління. Препарат першого вибору - рисперидон, лікарський препарат, який офіційно дозволений для лікування поведінкових симптомів при деменції. Відповідь на лікування індивідуальна, для досягнення найкращого ефекту може знадобитися пробне призначення кількох препаратів. За необхідності швидкої відповіді в екстрених ситуаціях, можливе парентеральне (внутрішньовенне чи внутрішньом'язове) введення галоперидолу в низьких дозах (2,5-5 мг). Галоперидол не слід призначати на регулярній основі.
- Якщо антидепресанти недостатньо ефективні у пацієнта, схильного до розвитку побічних ефектів від нейролептиків, але потрібне тимчасове або постійне лікування занепокоєння або тривоги, призначають бензодіазепіни середньої тривалості дії, наприклад, оксазепам, який можна застосовуватися як постійно, так і у випадку необхідності.

*Коментар експерта.* Лікарський засіб Оксазепам станом на 27.02.2019 в Україні не зареєстрований

## Приклади медикаментозної терапії

[доказ 03499 | B] [доказ 04404 | C] [доказ 05293 | C]

[доказ 06126 | D] [доказ 06499 | D] [доказ 05322 | B] [доказ 07256 | C]

- Бензодіазепіни
  - Оксазепам 7,5-15 мг за необхідності, також на ніч
  - Темазепам 10-30 мг на ніч, за необхідності; для лікування тривожності, також 5-10 мг впродовж дня; швидкий ефект

*Коментар експерта.* Лікарський засіб Темазепам станом на 27.02.2019 в Україні не зареєстрований

- Нейролептики (переважно на ніч)
  - Рисперидон у випадку агресії та психотичних симптомів, 0,25-0,5 мг двічі на день
  - Кветіапін 12,5-25 мг один раз на день зі збільшенням дози до 25 мг двічі на день, особливо для пацієнтів, у яких рисперидон викликає побічні ефекти (наприклад, для пацієнтів з ознаками деменції з тільцями Леві). У певних випадках дозу кветіапіну можна збільшити до 25 + 25 + 50 мг на короткий час.

- Галоперидол для лікування занепокоєння і тривожності в дозі 0,25–0,5 мг 2–3 рази на день, за необхідності; препарат ефективний, але часто викликає екстрапірамідні побічні ефекти [доказ 01060 | C].
- Антидепресанти [доказ 03686 | C]
  - Циталопрам 10-20 мг або есциталопрам 5-10 мг один раз на день; мають активуючу дію
  - Сертралін 25-50 мг один раз на день
  - Міртазапін 7,5-15-30 мг один раз на день, увечері (седативний ефект у разі призначення низьких доз, антидепресант та активуюча дія у більш високих дозах)
- Лікування безсоння [доказ 07307 | C]
  - У разі порушень циркадного ритму пацієнтам з деменцією можна спробувати фототерапію вранці у поєднанні з мелатоніном по 2-6 мг на ніч.
    - Міртазапін, 3,75-15 мг на ніч
    - Оксазепам, 7,5-15 на ніч
    - Темазепам коротким курсом

## Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [пов'язані 00293 | Treatment of memory dise...]
- Інші огляди доказових даних [пов'язані 00293 | Treatment of memory dise...] [доказ 07381 | C]  
[доказ 05237 | A] [доказ 05318 | B] [доказ 06443 | B] [доказ 06840 | D]
- Клінічні настанови [пов'язані 00293 | Treatment of memory dise...]
- Література [пов'язані 00293 | Treatment of memory dise...]

## Настанови

- [Настанова 00477](#). Вибір місця догляду за пацієнтами(-ками) похилого віку з довготривалими захворюваннями.



## Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 05235](#). Melatonin for cognitive impairment.  
Дата оновлення: 2011-05-18  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Melatonin is probably not effective in managing the cognitive sequelae of dementia. However, it may have effect on psychopathologic behavior.
- [Доказовий огляд 06503](#). Valproate for agitation in dementia.  
Дата оновлення: 2011-01-19  
Рівень доказовості: D  
Резюме: Valproate might possibly have no effect in treating agitation among demented patients but might possibly increase adverse effects. However, the evidence is insufficient.
- [Доказовий огляд 02531](#). Psychosocial approaches for behavioural disorders in dementia.  
Дата оновлення: 2007-04-21  
Рівень доказовості: D  
Резюме: Various behavioural treatments might possibly have some effect for behavioural disorders in dementia.
- [Доказовий огляд 04395](#). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia.  
Дата оновлення: 2012-05-29  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Cognitive stimulation may benefit cognition in people with mild to moderate dementia over any medication effects.
- [Доказовий огляд 05329](#). Massage and touch for dementia.  
Дата оновлення: 2006-11-27  
Рівень доказовості: D  
Резюме: Massage and touch might possibly be beneficial for people with dementia but the evidence is insufficient for general conclusions.
- [Доказовий огляд 06105](#). Physical activity programs for persons with dementia.  
Дата оновлення: 2008-08-01  
Рівень доказовості: D  
Резюме: There is insufficient evidence of the effectiveness of physical activity programs on older persons with dementia.
- [Доказовий огляд 06130](#). Respite care for people with dementia and their carers.  
Дата оновлення: 2014-04-28  
Рівень доказовості: D  
Резюме: Evidence on the efficacy of respite care for people with dementia or for their caregivers is insufficient.
- [Доказовий огляд 06131](#). Snoezelen (multi-sensory stimulation) for dementia.  
Дата оновлення: 2008-08-07  
Рівень доказовості: D  
Резюме: There is no evidence on the effectiveness of snoezelen (multi-sensory stimulation) for dementia.
- [Доказовий огляд 07257](#). Exercise programs for people with dementia.  
Дата оновлення: 2015-08-20  
Рівень доказовості: C

Резюме: Exercise programs may have an impact in improving ability to perform activities of daily living in people with dementia. There is probably no benefit from exercise on cognition, neuropsychiatric symptoms or depression.

- [Доказовий огляд 07295](#). Psychological treatments for depression and anxiety in dementia.  
Дата оновлення: 2014-04-29  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Psychological treatments based on a psychological model may benefit people with dementia by reducing depressive symptoms.
- [Доказовий огляд 06135](#). Aerobic exercise to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment.  
Дата оновлення: 2015-08-20  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Aerobic physical activities, including those which successfully improve cardiorespiratory fitness, appear not to have any cognitive benefit in cognitively healthy older adults.
- [Доказовий огляд 03686](#). Antidepressants for depression in dementia.  
Дата оновлення: 2003-02-06  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Antidepressants may have limited effect in patients with dementia.
- [Доказовий огляд 06847](#). Antidepressants for agitation and psychosis in dementia.  
Дата оновлення: 2011-05-20  
Рівень доказовості: D  
Резюме: Sertraline and citalopram might possibly reduce agitation in dementia, although the evidence is insufficient.
- [Доказовий огляд 03499](#). Hormone replacement therapy to maintain cognitive function in women with dementia.  
Дата оновлення: 2011-09-26  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Hormone replacement therapy appears not to be effective in maintaining cognitive function in women with Alzheimer's disease.
- [Доказовий огляд 04404](#). Folic acid with or without vitamin B12 for cognition and dementia.  
Дата оновлення: 2008-10-31  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Folic acid, with or without vitamin B12, may not exert any beneficial effect on cognitive function or mood of unselected healthy or cognitively impaired older people.
- [Доказовий огляд 05293](#). Nimodipine for dementia.  
Дата оновлення: 2009-03-12  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Nimodipine 90 mg/day may be of some benefit in patients with features of dementia due to Alzheimer's, cerebrovascular or a mixed disease.
- [Доказовий огляд 06126](#). Piracetam for dementia or cognitive impairment.  
Дата оновлення: 2012-03-27  
Рівень доказовості: D  
Резюме: Piracetam might possibly have some effect in the treatment of dementia or cognitive impairment but the evidence is insufficient.

- [Доказовий огляд 06499](#). Thioridazine for dementia.  
Дата оновлення: 2009-11-25  
Рівень доказовості: D  
Резюме: There is no evidence to support the use of thioridazine in dementia, and its use might possibly expose patients to excess side effects.
- [Доказовий огляд 05322](#). Donepezil for mild cognitive impairment .  
Дата оновлення: 2011-01-19  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Donepezil appears not to be effective in preventing the development of Alzheimer's disease during 3 years' treatment in patients with mild cognitive impairment (MCI, MMSE > 23) and its use is associated with a significant incidence of side effects. Donepezil appears to be associated with a modest and clinically questionable benefit on a 13-item the ADAS-Cog scale but not on other measures of cognitive function.
- [Доказовий огляд 07256](#). Cholinesterase inhibitors for mild cognitive impairment.  
Дата оновлення: 2014-03-06  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Cholinesterase inhibitors do probably not have an effect on progression to dementia or cognitive test scores in mild cognitive impairment but may increase the risk of particularly gastrointestinal adverse events.
- [Доказовий огляд 01060](#). Haloperidol for agitation in dementia.  
Дата оновлення: 2009-03-10  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Haloperidol may have some efficacy in controlling aggression, but it does probably not improve other manifestations of agitated dementia. Haloperidol appears to have more extrapyramidal adverse effects than risperidone.
- [Доказовий огляд 07307](#). Pharmacotherapies for sleep disturbances in dementia.  
Дата оновлення: 2017-02-10  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Melatonin is probably not beneficial but trazodone may improve sleep in sleep problems associated with dementia. There is no evidence available of other drugs used for sleep problems.
- [Доказовий огляд 07381](#). Cholinesterase inhibitors for rarer dementias associated with neurological conditions.  
Дата оновлення: 2015-05-28  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Efficacy of cholinesterase inhibitors (ChI's) on cognitive function and activities of daily living in people with rarer dementias is probably unclear. ChI's may be associated with more gastrointestinal side effects compared with placebo.
- [Доказовий огляд 05237](#). Omega-3 fatty acid for the treatment and prevention of Alzheimer's disease.  
Дата оновлення: 2016-05-20  
Рівень доказовості: A  
Резюме: There is no convincing evidence for the efficacy of omega-3 PUFA supplements in the treatment of mild to moderate Alzheimer's disease.
- [Доказовий огляд 05318](#). Blood pressure lowering for prevention of dementia in patients without prior cerebrovascular disease.  
Дата оновлення: 2009-11-17  
Рівень доказовості: B

Резюме: Blood pressure lowering appears to not prevent the development of dementia or cognitive impairment in hypertensive patients with no apparent prior cerebrovascular disease.

- [Доказовий огляд 06443](#). Prevention of dementia by statins.  
Дата оновлення: 2016-03-10  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Statins appear not to be effective in preventing Alzheimer's disease or dementia given in late life to individuals at risk of vascular disease.
- [Доказовий огляд 06840](#). Cognition-based interventions for healthy older people and people with mild cognitive impairment.  
Дата оновлення: 2011-05-19  
Рівень доказовості: D  
Резюме: In healthy elderly people cognitive interventions might possibly lead to performance improvements, although the evidence is insufficient.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

---

Ідентифікатор: ebm00758    Ключ сортування: 036.057    Тип: EBM Guidelines

---

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-05-08

---

Автор(и): Ari RosenvallAnne Koivisto    Автор(и) попередніх версій статті: Raimo Sulkava    Редактор(и): Sari Atula  
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Hilka Salmén    Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd  
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

---

Навігаційні категорії

EBM Guidelines    Neurology    Psychiatry    Geriatrics

---

Ключові слова індексу

mesh: Alzheimer Disease    mesh: Memory Disorders    mesh: Dementia    mesh: Dementia, Vascular  
mesh: acetylcholinesterase inhibitors    mesh: anti-cholinesterases    mesh: Antidepressive Agents    mesh: Antipsychotic Agents  
mesh: Citalopram    mesh: benzodiazepines    Escitalopram    Home care    hypnotics    mesh: olanzapine    mesh: Oxazepam  
mesh: Psychotropic Drugs    mesh: Risperidone    mesh: Sertraline    mesh: Temazepam    icpc-2: P50    icpc-2: P70  
speciality: Geriatrics    speciality: Neurology    speciality: Psychiatry