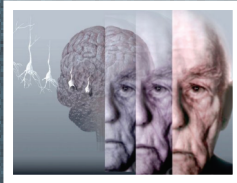


Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

**DEMENSIYANIN
DİAQNOSTİKA VƏ
MÜALİCƏSİ ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**



Bakı
2021

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin
Elmi-Tibbi Şurasının 22 oktyabr 2021-ci il tarixli
24 nömrəli qərarı ilə təsdiq edilmişdir.**

DEMENSIYANIN DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏSİ ÜZRƏ KLİNİK PROTOKOL

(2-ci nəşr, yenilənmiş)

Bakı – 2021

616.155.194.8

D 47

D 47 Demensiyanın diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol (2-ci nəşr, yenilənmiş). B., 2021. – 32 səh.

Bu klinik protokol tibb üzrə fəlsəfə doktoru Ceyhun Məmmədovun rəhbərliyi altında tərtib edilmiş və Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 25 noyabr 2013-cü il tarixli 38 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmiş “Demensiyanın diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol”un yenilənmiş variantıdır.

Klinik protokolun tərtibçilər heyəti:

Fuad İsmayılov – Səhiyyə Nazirliyi Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin direktoru, Azərbaycan Tibb Universitetinin Psixiatriya kafedrasının professoru, tibb elmləri doktoru

Rüstəm Salayev – Səhiyyə Nazirliyi Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin direktor müavini, tibb üzrə fəlsəfə doktoru, həkim-psixiatr

Aydan İsmayılova – Səhiyyə Nazirliyi Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin psixiatri

Səbinə Nəcəfova – Səhiyyə Nazirliyi Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin psixiatri

Şəhla İsmayılova – Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin müdiri

Rəyçi:

Zəfər Əliyev – Azərbaycan Tibb Universitetinin Psixiatriya kafedrasının professoru, tibb elmləri doktoru

İxtisarlarm siyahısı

AX	– Alsheymer xəstəliyi
ALT	– alaninaminotransferaza
ASXİ	– asetilxolinesterazanın inhibitorları
AST	– aspartataminotransferaza
EEQ	– elektroensefaloqrafiya
FTD	– fronto-temporal demensiya
GT	– qanqliozid luteinləşdirici hormon
XBT-10	– Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı (10-cu baxış)
İİV	– insanın immuncəatışmazlığı virusu
KT	– kompüter tomoqrafiyası
QİÇS	– qazanılmış immuncəatışmazlığı sindromu
LCD	– Levi cisimcikli demensiya
MRT	– maqnit rezonans tomoqrafiya
MSS	– mərkəzi sinir sistemi
NMDA	– N-metil – D-aspartat
PSQQ	– Psixi statusun qısa qiymətləndirilməsi şkalası (<i>MMSE - Mini-Mental State Examination</i>)
SSRİ	– Serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru
VD	– vaskulyar demensiya

Klinik protokol ilkin səhiyyə səviyyəsində çalışan sahə həkimləri, ailə həkimləri, həkim-psixiatrlar və həkim-nevroloqlar üçün nəzərdə tutulub.

Protokol sübutlu təbabətə əsaslanaraq demensiyanın diaqnostika, profilaktika və müalicəsinin müasir prinsiplərinin tətbiqi və xəstələrin həyat keyfiyyətlərinin və qulluqlarının yaxşılaşdırılması üzrə tövsiyələrin verilməsi məqsədini daşıyır.

ÜMUMİ MÜDDƏALAR

Demensiya – koqnitiv funksiyanın enməsi ilə xarakterizə olunan baş beynin qazanılmış xəstəliyidir. Yaddaşın pisləşməsi əksər hallarda demensiya formasında olur, lakin koqnitiv funksiyaların pisləşməsi yaddaşa məhdudlaşmır (yəni, icraedici funksiyalar, diqqət, dil, sosial qavrama və təfəkkür, psixomotor sürət, görmə-perseptiv və görmə-məkan qabiliyyətlərinin pisləşməsi qeydə alınır). Koqnitiv zəifləmə normal qocalma ilə əlaqəli deyil və insanın gündəlik həyat fəaliyyətində sərbəstliyə əhəmiyyətli dərəcədə mane olur. Mövcud simptomlar düşüncənin pozulması, deliriy nəticəsində psixi vəziyyətin dəyişməsi, intoksikasiya, kəsilmə sindromu, digər psixi pozuntularla (məsələn, şizofreniya və ya digər ilkin psixi pozuntular, depressiv pozuntu) izah edilmir. Mövcud sübutlara əsaslanaraq, koqnitiv zəifləmənin beyinə, travmaya, qidalanma çatışmazlığına, müəyyən maddələrin və ya dərman preparatlarının xronik istifadəsinə yaxud ağır metallar və ya digər zəhərlərin təsirilə yaranan nevroloji və ya tibbi vəziyyətə aid olduğu ehtimal edilir.

EPİDEMIOLOGİYA

Demensiyalı xəstələrin ümumi sayı yaş həddinin artması ilə yüksəlir və 65 yaşdan sonra hər 5 ildən bir 2 dəfə artır. Ümumilikdə demensiyanın yayılması 65 yaş və daha yuxarı yaşlarda 2,2-8,4% təşkil edir.

Aşağıdakı cədvəldə (Cədvəl 1) müxtəlif yaş hədlərində demensiyanın yayılma və bu xəstəliyə tutulma göstəriciləri verilmişdir.

Cədvəl 1. Demensiyanın yayılması

Yaş	Xəstələrin sayı	İl ərzində xəstələnmə
60-64	0,60%	0,07
65-69	1,60%	0,33
70-74	3,50%	0,84
75-79	7,40%	1,82
80-84	15,70%	3,36
85-89	26,20%	5,33
90-94	41,00%	8,65
>95	46,30%	-

Yaşama müddətinin artması ilə əlaqədar olaraq demensiya xəstələrin sayı çoxalır. Eyni zamanda bu xəstəliklə bağlı sosial yük də artır. Bu isə öz növbəsində ictimai sağlamlığın qorunmasında problemlər yaradır.

Daha çox rast gəlinən **Alsheymer xəstəliyi (AX)** – 65%-ə qədər və **Vaskulyar demensiya (VD)** – 30%-ə qədər. Hər iki xəstəlik birlikdə bütün demensiyaların 80%-ni təşkil edir. **Levi Cismicikli Demensiya (LCD)** – 11%, **fronto-temporal demensiya (FTD)** – 6% təşkil edir. Hesab edilir ki, AX ilə daha çox qadınlar, VD ilə kişilər xəstələnir.

DEMENSİYANIN TƏSNİFATI

6D80 Alsheymer xəstəliyi nəticəsində demensiya – Alsheymer xəstəliyi nəticəsində demensiya demensiyanın əsas formasıdır. Başlanğıc dövr adətən ilkin şikayət olaraq yaddaş pozuntusu ilə ifadə olunur. Xarakterik olaraq əvvəlkilə müqayisədə əlavə koqnitiv sahələrdə (icraedici funksiyalar, diqqət, dil, sosial qavrama və təfəkkür, psixomotor sürət, görmə-perseptiv və görmə-məkan qabiliyyətləri) koqnitiv fəaliyyətin enməsilə ifadə olunur. Alsheymer xəstəliyi səbəbilə demensiya tez-tez xəstəliyin başlanğıc mərhələlərində aşağı əhval-ruhiyyə və apatiya kimi psixi və davranış simptomları ilə və gecikmiş mərhələlərdə isə qıcıqlanma, əsəbilik, düşüncənin pozulması, yerləş və hərəkətilikdə dəyişikliklər və gecikmiş mərhələlərdə tutmalarla müşayiət edilə bilər. Pozitiv genetik test, ailə anamnezi və koqnitiv funksiyaların tədricən enməsi

Alsheymer xəstəliyi səbəbilə demensiya ehtimalını göstərir. (*XBT-10 kodu – F00*)

- **6D80.0 Alsheymer xəstəliyi nəticəsində demensiya, erkən başlanğıcla** - Simptomların 65 yaşdan öncə başladığı Alsheymer xəstəliyi nəticəsində demensiyadır. Nadir – 5 %-dən az hallarda rast gəlinir və irsi xarakter daşıyır (autosom-dominant Alsheymer xəstəliyi). Klinik təzahür gec başlanğıcla eyni ola bilər, lakin bir çox hallarda nisbətən daha az yaddaş zəifləməsinin olduğu atipik simptomlarla özünü göstərir. (*XBT-10 kodu – F00.0*)
- **6D80.1 Alsheymer xəstəliyi nəticəsində demensiya, gec başlanğıcla** - Simptomların 65 yaş və daha sonra başladığı Alsheymer xəstəliyi nəticəsində demensiyadır. Bu 95% hallarda rast gəlinən ən əsas xüsusiyyətdir (*XBT-10 kodu – F00.1*)
- **6D80.2 Alsheymer xəstəliyi nəticəsində demensiya, serebrovaskulyar xəstəliklə qarışıq növ** - Alsheymer xəstəliyi nəticəsində demensiya və yanaşı serebrovaskulyar xəstəliyin olmasıdır (*XBT-10 kodu – F00.2*)
- **6D80.3 Alsheymer xəstəliyi nəticəsində demensiya, digər qeyri-damar mənşəli** - Alsheymer xəstəliyi nəticəsində demensiya və yanaşı qeyri-serebrovaskulyar xəstəliyin olmasıdır (*XBT-10 kodu – F00.8*)
- **6D80.Z Alsheymer xəstəliyi nəticəsində demensiya, naməlum və ya dəqiqləşdirilməmiş** (*XBT-10 kodu – F00.9*)

6D81 Serebrovaskulyar xəstəlik nəticəsində demensiya – Damar demensiyası beyin parenximasının serebrovaskulyar xəstəlik (işemik və ya hemorragik) nəticəsində zədələnməsidir. Koqnitiv çatışmazlıqların başlanğıcı bir və ya bir neçə damarla əlaqədardır. Koqnitiv zəifləmə adətən məlumatın təhlil sürəti, kompleks diqqət, frontal icraedici funksiyalarla bağlıdır. Anamnez, fiziki müayinə və neyrovizualizasiya nəzərə alınmaqla serebrovaskulyar xəstəliyin mövcudluğuna dair sübutlar vardır (*XBT-10 kodu – F01*).

6D82 Levi cisimciklərinə bağlı demensiya - Alsheymer xəstəliyindən sonra yaşlı şəxslərdə demensiyanın ən geniş yayılmış formasıdır. Dəqiq etiologiyası məlum olmasa da, alfa sinuklein zülalın anormal quruluşu və əsasən beyin qabığı və beyin kötüyündə olmaqla Levi cisimciklərinin əmələ gəlməsilə əreqasiyası müəyyən edilmişdir. Başlanğıcı nəzərəcarpan deyildir: icraedici funksiyaların və diqqətin çatışmazlığı ilkin şikayət olaraq qeydə alınır. Bu koqnitiv

pozuntular çox zaman görmə hallüsinasiyaları və sürətli yuxu pozuntusu ilə müşayiət olunur. Həmçinin digər növ hallüsinasiyalar, sayıqlama, depressiya aşkar edilir. Bu simptomlar bir neçə gün ərzində dəyişdiyi üçün deliriydən differensiasiya və ətraflı qiymətləndirmə tələb olunur. Koqnitiv simptomlar başladıqdan sonra 1 il ərzində özbaşına Parkinsonizmin yaranması xəstəlik üçün xarakter xüsusiyyətdir (*XBT-10 kodu – yoxdur*).

6D83 Frontotemporal (alın-gicgah) demensiya - Alın-gicgah demensiyası (FTD) ilk növbədə alın və gicgah paylarını zədələyən birincili neyrodegenerativ pozuntuları əks etdirir. Başlanğıc adətən nəzərə çarpmayan, tədricən pisləşən gedişə malikdir. Bir neçə sindrom variantları təsvir edilir (bəziləri irsi və ya ailə xüsusiyyətlərilə). Bu variantlara şəxsiyyət və ya davranışın dəyişməsi (məsələn, icraedici disfunksiya, apatiya, sosial qavramanın pisləşməsi, təkrarlanan davranışlar, qida davranışının dəyişməsi) və ya nitq çatışmazlığı (semantik, aqrammatik/qeyri-səlis və ya loqopenik) yaxud hər iki əlamətin müştərkiliyi aiddir. Yaddaş funksiyaları, psixomotor sürət, görmə-perseptiv və görmə-məkan qabiliyyətləri əsasən, xüsusən başlanğıc mərhələdə dəyişilmir (*XBT-10 kodu – F02.0*).

6D84 Dərman maddələri də daxil olmaqla psixoaktiv maddələrə bağlı demensiya - Dərman maddələri də daxil olmaqla psixoaktiv maddələrə bağlı demensiya psixoaktiv maddələrdən imtina və intoksikasiya zamanı və ya onlardan dərhal sonra yaranan demensiyanın növləri ilə xarakterizə olunur. Simptomların intensivliyi və davam etmə müddəti psixoaktiv maddə sərxoşluğu və ya imtina üçün xarakter olan koqnitiv pozuntudan yüksək olur. Simptomlar psixoaktiv maddə qəbulu ilə əlaqəsi olmayan (məsələn, demensiya) yaxud dərman maddələri də daxil olmaqla digər psixoaktiv maddənin istifadəsi və ya istifadəsinin dayandırılmasından sonra uzun müddət saxlanıldığı vəziyyətlə izah edilə bilinmir (*XBT-10 kodu – F03*).

- **6D84.0 Spirtli içki qəbuluna bağlı demensiya**
- **6D84.1 Sedativ, hipnotik və ya anksiolitik qəbuluna bağlı demensiya**
- **6D84.2 Uçucu inhalyant qəbuluna bağlı demensiya**
- **6D84.Y Digər spesifik psixoaktiv maddələrə bağlı demensiya**

6D85 Digər bölmələrdə təsnif edilmiş demensiya - Bu bölmə heç zaman ilkin cədvəl sırasına daxil edilməməlidir. Şifrələr digər bölmələrdə təsnif edilmiş demensiyanı əks etdirmək üçün əlavə və ya yanaşı şifrə olaraq istifadə edilmək üçündür. Demensiyanın etiologiyası çoxamillidirsə, bütün variantlar müvafiqdir (*XBT-10 kodu – F02*)

- **6D85.0 Parkinson xəstəliyinə bağlı demensiya** - İdiopatik Parkinson xəstəliyi olan şəxslərdə inkişaf edir. Diqqət, yaddaş, icraedici və görmə-məkan funksiyaları, həmçinin apatiya, affekt və hallüsinasiyalar kimi davranış və psixi simptomlarla xarakterizə olunur. Başlanğıcı nəzərə çarpmır və tədricən pisləşən gedişə malikdir. İlk patoloji korrelyator Levi cisimciklərinin degenerasiyasıdır. Lakin bu proses Levi cisimcikli demensiyada olduğu kimi qabıqda deyil, bazal qanqliyada baş verir (*XBT-10 kodu – F02.3*)
- **6D85.1 Hantinqton xəstəliyinə bağlı demensiya** - Autosom-dominant olan HTT genində trinukleoid təkrarlanması səbəbilə baş beyində degenerasiya ilə xarakterizə olunur. Simptomlar həyatın 3 və ya 4-cü onilliyində təzahür edir. Tədricən progressivləşir. Başlanğıc yaddaşın nisbətən zəif pozulması ilə icraedici funksiyaların pozulmasında əks olunur (*XBT-10 kodu – F02.2*).
- **6D85.2 Toksinlər də daxil olmaqla ağır metal təsirinə bağlı demensiya** - Toksinlər də daxil olmaqla ağır metal təsirinə bağlı demensiya alüminium, qurğuşun, dializ suyu, manqan, cıvə kimi metalların toksik təsirini nəzərdə tutur. Xarakter əlamətlər təsirinə məruz qalınan ağır metalın növündən asılıdır. Bir çox hallarda simptomlar geridönəndir. Neyrovizualizasiya, neyrofizioloji test nəticələri normadan kənardır. Qurğuşunla zəhərlənmə zamanı geniş kalsifikasiya ocaqları, ağ maddə, bazal qanqlion və hipotalamus (T2 proyeksiyada) siqnallarının MRT zamanı güclənməsi müşahidə edilir. Alüminiumun təsiri ilə EEG zamanı paroksizmal dəyişikliklər qeydə alınır. Qurğuşun, cıvə, süleymani zəhərlənmələri zamanı periferik neyropatiya aşkar edilə bilər (*XBT-10 kodu – F02*).
- **6D85.3 İnsan immün çatışmazlığı virusu zamanı demensiya** - İİV zamanı demensiya İİV olan, lakin klinik əlamətləri izah edə biləcək yanaşı digər xəstəlik və ya vəziyyətin olmadığı halda təyin edilir. Patogen prosesin harada baş verməsindən asılı olaraq koqnitiv çatışmazlığın müxtəlif növləri yaransa da, adətən icraedici funksiyalar, diqqət, yeni məlumatın təhlil və mənimsəmə sürətilə

bağlı çətinliklər baş verir. Antiretrovirus preparatlardan sonra koqnitiv funksiyaların sürətli enməsi nadir hallarda baş verir (*XBT-10 kodu – F02.4*).

- **6D85.4 Dağınıq skleroz zamanı demensiya** - Dağınıq skleroz zamanı demensiya çoxsaylı skleroz, demielinizasiya xəstəliyinin serebral proseslərinin neyrodegenerativ xəstəliyidir. Simptomlar nəzərə çarpmadan başlayır və birincili xəstəliyin proqressivləşməsi və funksional pozuntularından asılı deyildir. Koqnitiv funksiyalar demielinizasiya prosesinin yerindən asılı olaraq adətən icraedici funksiyalar, diqqət, yeni məlumatın təhlil və mənimsəmə sürətilə bağlı çətinlikləri əhatə edir (*XBT-10 kodu – F02*).
- **6D85.5 Prion xəstəliyi zamanı demensiya** - Baş beyində anormal prion zülalının toplanması nəticəsində spongioz ensefalopatiyaların törətdiyi birincili neyrodegenerativ xəstəlikdir. Sporadik, genetik (prion zülal genində mutasiya ilə bağlı) və yoluxucu (yoluxmuş şəxsdən keçən) ola bilirlər. Başlanğıc nəzərə çarpmır və sürətlə koqnitiv çatışmazlıq, ataksiya və motor simptomlar (miaklonus, xoreya, distoniya) yaranır. Diaqnoz adətən onurğa beyin mayesinde xarakter zülallarının olması, EEG, baş beyin müayinəsi və ya genetik testlərlə təsdiqlənir (*XBT-10 kodu – F02*).
- **6D85.6 Normal təzyiqli hidrocefaliya zamanı demensiya** - İdiopatik və qeyri-obstruktiv səbəblər, həmçinin qanaxma, infeksiya və ya iltihab səbəbindən ikincili olaraq baş beyində onurğa beyin mayesinin həddən artıq toplanması nəticəsində yaranan xəstəlikdir. Xəstəlik tədricən irəliləyir, lakin müdaxilə (məsələn, şuntlama) nəticəsində əlamətlər yaxşılaşa bilər. Bir qayda olaraq koqnitiv pozuntulara təhlil sürətinin enməsi, icraedici funksiya çatışmazlığı və şəxsiyyət dəyişikliyi daxildir. Bu simptomlar həmçinin adətən yerişin pozulması və sidik saxlamamazlıqla müşayiət olunur. Diaqnozun təsdiqlənməsi üçün mədəciklərin genişlənməsi və baş beyin yerdəyişməsini göstərən beyin görüntülənməsi həyata keçirilməlidir (*XBT-10 kodu – F02*).
- **6D85.7 Baş beyin zədələnməsi nəticəsində demensiya** - Birbaşa və ya dolayı təsir nəticəsində baş beyin toxumasının zədələnməsilə səciyyələnilir. Baş beyin travması huşun itirilməsi, amneziya, bəladliyin pozulması, düşüncənin qaranıqlaşması və nevroloji əlamətlərlə xarakterizə olunur. Travma nəticəsində yaranan demensiyanın simptomları travmadan dərhal sonra başlamalı, xəstə ayıldıqdan və kəskin mərhələ bitdikdən sonra saxlanmalıdır.

Koqnitiv çatışmazlıq baş beynin hansı nəhiyəsinin zədələnməsindən və travmanın ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq dəyişə bilər, lakin diqqətin, yaddaşın, icraedici funksiyaların, təhlil sürətinin, sosial qavramanın və nitq qabiliyyətinin pozulması, şəxsiyyətin dəyişilməsi müşahidə edilir (*XBT-10 kodu – F02*).

- **6D85.8 Pellaqra zamanı demensiya** - Pellaqra nəticəsində demensiya B3 vitamini və triptofanın qida rasionunda daimi çatışmazlığı və ya mədə-bağırsaq sistemindən sorulmasının pozulması (məsələn, Kron xəstəliyi) və ya bəzi dərmanların təsiri ilə (məsələn, izoniazid) nəticəsində inkişaf edir. Pellaqranın əsas əlamətləri dəridə dəyişikliklər və diareyadır. Uzunmüddətli çatışmazlıq nəticəsində aqressivlik, hərəkəti pozuntular (ataksiya və narahatlıq), düşüncənin qaranlıqlaşması və zəiflik də daxil olmaqla koqnitiv çatışmazlıqlar inkişaf edir. Qida əlavələri ilə müalicə (məsələn, niasin) əlamətlərin geri dönməsinə səbəb olur (*XBT-10 kodu – F02*).
- **6D85.9 Daun sindromu zamanı demensiya** - Anormal amiloid zülalın (APP) sintezinin artması və beta-amiloid və tau-kürəciklərinin həddən artıq toplanması ilə xarakterizə olunan neyrodegenerativ xəstəlikdir. APP geninin ekspressiyası onun yerləşdiyi 21-ci xromosomun Daun sindromu zamanı 3 dəfə təkrarlanması sayəsində baş verir. Koqnitiv çatışmazlıqlar və nevroloji xüsusiyyətlər Alsheymer xəstəliyində müşahidə edilən əlamətlərlə oxşardır. Başlanğıc adətən həyatın 4-cü onilliyində getdikcə pisləşmə ilə davam edir (*XBT-10 kodu – F02*).

6D85.Y Digər bölmələrdə təsnif edilmiş digər spesifik xəstəliklər zamanı demensiya (*XBT-10 kodu – F03*)

Demensiyanın koqnitiv pozuntularına əlavə olaraq, cari klinik mənzərəyə klinik olaraq nəzərəçarpan davranış və ya psixoloji pozuntular daxildir. Bu pozuntular əlavə şifrə şəklində qeyd olunur.

6D86 Demensiya zamanı davranış və ya psixoloji pozuntular:

- **6D86.0 Demensiya zamanı psixotik simptomlar** - Demensiyanın koqnitiv pozuntularına əlavə olaraq, cari klinik mənzərəyə klinik olaraq nəzərəçarpan sayıqlama və hallüsinasiyalar daxildir.
- **6D86.1 Demensiya zamanı affektiv simptomlar** - Demensiyanın koqnitiv pozuntularına əlavə olaraq, cari klinik mənzərəyə klinik olaraq nəzərəçarpan şəkildə əhvalın enməsi, əhvalın yüksəlməsi və qıcıqlı əhval daxildir.

- **6D86.2 Demensiya zamanı təşviş simptomları** - Demensiyanın koqnitiv pozuntularına əlavə olaraq, cari klinik mənzərəyə klinik olaraq nəzərəçarpan təşviş və qorxu daxildir.
- **6D86.3 Demensiya zamanı apatiya** - Demensiyanın koqnitiv pozuntularına əlavə olaraq, cari klinik mənzərəyə klinik olaraq nəzərəçarpan şəkildə laqeydlik və ya maraq dairəsinin itirilməsi daxildir.
- **6D86.4 Demensiya zamanı ajitasiya və aqressiya** - Demensiyanın koqnitiv pozuntularına əlavə olaraq, cari klinik mənzərəyə klinik olaraq nəzərəçarpan növbəti əlamətlər daxildir: 1) yüksək gərginliklə müşayiət olunan psixomotor aktivlik; 2) düşmənçilik və ya zorakılığı əks etdirən davranış
- **6D86.5 Demensiya zamanı oyanıqlıq** - Demensiyanın koqnitiv pozuntularına əlavə olaraq, cari klinik mənzərəyə klinik olaraq nəzərəçarpan şəkildə sosial şərtlərə laqeydlik, impulsivlik, risklərin tam qiymətləndirilməməsi ilə özünü göstərən təmkinin olmaması daxildir.
- **6D86.6 Demensiya zamanı məqsədsiz səyahət** - Demensiyanın koqnitiv pozuntularına əlavə olaraq, cari klinik mənzərəyə klinik olaraq nəzərəçarpan şəkildə şəxsin zərər görməsi riskini yaradan məqsədsiz səyahət etmə daxildir.
- **6D86.Y Demensiya zamanı digər spesifik davranış və ya psixoloji pozuntular**
- **6D86.Z Demensiya zamanı dəqiqləşdirilməmiş davranış və ya psixoloji pozuntular**
Əlavə kodlar demensiyanın ağırlıq dərəcəsini göstərmək üçündür:
 - XS5W – yüngül dərəcəli demensiya
 - XS0T – orta dərəcəli demensiya
 - XS25 – ağır dərəcəli demensiya

DEMENSİYANIN RİSK FAKTORLARI

Demensiyanın risk faktorlarının erkən aşkarlanması və qarşısının alınması istiqamətində tibbi müdaxilələrin aparılması profilaktika üçün çox vacibdir (Cədvəl 2).

Cədvəl 2. Risk faktorları

Ahıl yaş	AX, DD və LCD üçün daha əhəmiyyətli risk faktoru hesab edilir. Lakin FTD, Kroytsfeld-Yakob xəstəliyi və Hantinqton xəstəliyi üçün risk yaratmır. Bu xəstəliklər, adətən, orta yaşlarda yaranır.
İrsiyyət amili	Nəslində AX və VD-li xəstələr olan insanlar üçün bu xəstəliyə tutula bilmə ehtimalı yüksəlir. Lakin hansısa xromosom dəyişikliklərinin olması aşkar olunmayıb.
Alkoqol qəbulu	Damar patologiyasının yaranma ehtimalını artırır və nəticədə demensiyanın yaranması üçün risk faktoru olur. Qırmızı şərabın qəbulunun demensiyanın inkişaf etmə riskinin azaltmasına müsbət təsir etməsi barədə heç bir elmi əsas yoxdur.
Tütünçəkmə	AX də daxil olmaqla demensiyanın bütün növlərinin inkişafı üçün risk faktoru hesab edilir. Tütünçəkmənin AX ilə xəstələnmənin qarşısını alması barədə fikir özünü doğrultmamışdır.
Piylənmə	Orta yaşlarda bədən kütlə indeksinin artması demensiyanın inkişaf etmə riskini artırır. Eyni zamanda 2-cili tip diabet xəstəliyinin yaranması ilə bağlıdır. Bu isə ürək-damar xəstəliklərinin və müvafiq olaraq VD-nin inkişafında müstəqil risk faktoru hesab edilir.
Hipertoniya	Orta yaşlarda əmələ gəlməsi VD və AX-nin inkişaf etmə riskini artırır.
Hiperxolisisterinemiya	İnsult üçün risk faktoru hesab edilir, VD-nin yaranmasına səbəb olur.
Kəllə-beyin travması	10 dəqiqə müddətində düşüncənin itirilməsinə səbəb olan kəllə-beyin travmaları. Ahıl yaşlarda demensiya ilə xəstələnmə ehtimalını iki dəfədən çox artırır.
Vitamin B12 və fol turşusu duzlarının defisiti	VD üçün risk amili hesab edilir. AX və demensiyanın digər növləri üçün risk amili deyildir

Damar mənşəli risk amillərinə diqqətli nəzarətinin təmin edilməsi yalnız kardiovaskulyar/serebrovaskulyar xəstəliklərin profilaktikası və müalicəsi üçün deyil, eyni zamanda demensiyanın da profilaktika və müalicəsi üçün çox zəruridir.

DİAQNOSTİKA

İnstrumental müayinələr

1. Demensiyalı xəstələrin instrumental müayinəsi iki məsələnin həlli üçün aparılır:
 - ✓ demensiyanın aradan qaldırılması mümkün olan səbəblərinin aşkar edilməsi
 - ✓ demensiyanın növlərinin differensial diaqnostikası
2. Demensiyalı xəstələrin müayinə metodları arasında hal-hazırda daha çox istifadə edilən maqnit rezonans tomoqrafiyadır (MRT). Bu metod beyində baş verən anatomik struktur dəyişiklikləri aşkar edir
3. MRT üçün əks-göstərişi olan xəstələrə (beyində metallik implantatı və/və ya kardiostimulyatoru olan və ya klaustrofobiya əziyyət çəkən şəxslər) KT edilə bilər
4. MRT aşağıdakıları aşkar edir
 - ✓ AX zamanı hipokampda erkən atrofik dəyişikliklər
 - ✓ VD üçün xarakterik olan kortikal infarktlar, lakunar zədələnmələr, beyin ağ maddəsində dəyişikliklər
 - ✓ FTD zamanı beyin alın payında atrofik dəyişikliklər
 - ✓ Beynin medial-temporal payında atrofik dəyişikliklərin olmaması. Bu isə LCD və AX-nin diferensial diaqnostikasına imkan yaradır
 - ✓ Hantinqton xoreyası üçün xarakterik olan quyruqlu nüvənin bilateral atrofiası
 - ✓ Kroysfeld-Yakob xəstəliyi üçün xarakterik olan bazal nüvələr sahəsində siqnalın dəyişməsi

Laborator müayinələr

1. Qanın laborator analizləri demensiyalı xəstələrin müayinəsinin tərkib hissəsini təşkil edir. Laborator analizlərin aparılmasında məqsədlər bunlardır:
 - ✓ yanaşı gedən xəstəliklərin və ya ağırlaşmaların aşkarlanması
 - ✓ potensial riskin müəyyən olunması

- ✓ demensiya zamanı düşüncə pozuntularının səbəblərinin müəyyən olunması
 - ✓ bəzi hallarda demensiyanın ilkin səbəbinin müəyyən olunması
2. Demensiyaya şübhə olan zaman aşağıdakı laborator müayinələr aparılmalıdır
 - ✓ Qanın ümumi müayinəsi
 - ✓ Elektrolitlərin təyini (Na, K, Ca)
 - ✓ Qanda qlükozanın təyini
 - ✓ Qalıq azotun və kreatinin təyini
 - ✓ ALT, AST, gamma GT-nin təyini
 - ✓ Tireotropin (TSH) təyini
 - ✓ Fol turşusu və vitamin B¹²-nin təyini
 3. Anamnestik və klinik məlumatlara əsaslanaraq demensiyalı xəstələrə əlavə olaraq qanın sifilis və QİÇS analizlərinin edilməsi məsləhət görülmə bilər

Neyropsixoloji müayinələr

1. Neyropsixoloji testləşdirmə aşağıdakılar üçün effektiv metod hesab edilir:
 - a) müxtəlif koqnitiv funksiyaların qiymətləndirilməsi
 - b) demensiyanın müxtəlif növlərinin differensial diaqnostikası
2. Neyropsixoloji testləşdirmə aşkar edir
 - ✓ Fronto-temporal demensiyaya xarakterik olan semantik yaddaş və diqqət funksiyalarının defisiti
 - ✓ AX üçün xarakterik olan epizodik yaddaş pozuntusu
 - ✓ LCD üçün xarakterik olan vizual qavrama pozuntusu
 - ✓ VD zamanı daha qabarıq olan icra etmə funksiyalarının pozulması

Differensial diaqnostika

Cədvəl 3. Demensiyanın müxtəlif növlərinin differensiasiyası
(geri döndərilə bilən hallar *kursivlə* verilib)

Demensiyanın növü	Yayılmış (daha çox rast gəlinən) pozuntular	Nadir pozuntular
Degenerativ	Alsheymer xəstəliyi	▶ Levi cisimcikli demensiya ▶ Fronto-temporal demensiya ▶ Parkinson xəstəliyi ▶ Hantinqton xəstəliyi ▶ Kroysfeld-Yakob xəstəliyi
Serebrovaskulyar	<i>Xırda damarların diffuz zədələnməsi</i>	▶ Amiloid anqiopatiya ▶ Çoxsaylı emboliya ▶ Diffuz hipoksik/işemik zədələnmə
Yeni törəmələr	<i>Metastatik zədələnmə</i>	▶ <i>Beynin ilkin şişi</i>
Travmatik	<i>Xronik subdural hematoma</i>	Aksonların diffuz zədələnməsi
Toksik	▶ <i>Alkoqolizm</i> ▶ <i>Dərman preparatları</i>	▶ <i>Vernike-Korsakov sindromu</i> ▶ <i>B12 vitamini defisiti</i> ▶ <i>Pellaqra</i> ▶ <i>E vitamini defisiti</i>
Endokrin	▶ <i>Uremiya</i>/dializ ilə əlaqədar demensiya ▶ <i>Xronik</i> hepatik ensefalopatiya	▶ <i>Hipo/hipertirioz</i> ▶ <i>Kuşinq sindromu</i> ▶ <i>Addison xəstəliyi</i> ▶ <i>Hiperparatirioz</i>
İnfeksion		▶ <i>Sadə herpes virusu</i> ▶ <i>Laym xəstəliyi</i> ▶ <i>QİÇS</i> ▶ <i>TB/funqal meningiti</i>
Demineralizasiya	Yayılmış skleroz	

İLKİN SƏHİYYƏ SİSTEMİNDƏ ÇALIŞAN TERAPEVTLƏR, AİLƏ HƏKİMLƏRİ TƏRƏFİNDƏN DEMENSIYANIN AŞKAR EDİLMƏSİ VƏ YARDIM GÖSTƏRİLMƏSİ

Pasiyentlərin müayinəsi

1. Ümumi profilli həkim öz xəstəsinin intellektual-mnestik funksiyaları və davranışı barədə məlumatlanmalı və demensiyanın ilkin əlamətlərini identifikasiya etməyi bacarmalıdır (Əlavə 2).
2. 65 yaş və daha yuxarı yaşlı xəstələrdə demensiya müayinələri aparılmalıdır. Yaddaş pozuntusu ilə bağlı şikayətlər bildiren bütün xəstələrdə, eyni zamanda xəstənin yaxınları tərəfindən yaddaş və intellektin enməsi, demensiya üçün xarakterik olan davranış pozuntularının aşkar olunması hallarında demensiya skrinningi aparılmalıdır.
3. Demensiyanın müayinəsi zamanı Psixi Statusun Qısa Qiymətləndirilməsi şkalasının (MMSE) aparılması məsləhətdir (Əlavə 3).
4. Demensiya əlamətlərini təyin etmək üçün ətraflı anamnestik məlumatların toplanılması, fiziki statusun müayinəsi, eyni zamanda laborator və instrumental müayinələrin (MRT) aparılması mütləqdir. Onurğa beyin mayesinin və EEG-nin aparılması demensiyanın müayinəsi üçün tövsiyə edilmir.
5. Ümumi profilli həkim koqnitiv funksiyaların enməsinin bütün mümkün olan səbəblərini nəzərdən keçirməli, eyni zamanda yanaşı gedən xəstəliklərin diaqnostikasını və xəstənin özü və ətrafındakı insanlar üçün riskin qiymətləndirilməsini həyata keçirməyi bacarmalıdır.
6. Demensiyaya şübhə olan bütün xəstələrdə depressiya skrinningi, eyni zamanda deliriy skrinningi aparılması məsləhətdir.
Deliriy aşağıdakılarla xarakterizə edilir:
 - ▶ Adətən, bir neçə saat və ya gün davam edən kəskin başlanğıc olur. Vəziyyət təkrarlanan gedişlə seçilir
 - ▶ Çəşqınlıq vəziyyəti (pasiyent zaman və məkanda oriyentasiyanı itirib)
 - ▶ Düşüncənin ləngiməsi və əlaqəsizliyi
 - ▶ Psixomotor aktivliyin artması, yaxud azalması
 - ▶ Qavramada pozuntular (illüziya və ya hallyusinasiya)

- ▶ Güclü yaranan affektlər
 - ▶ Yuxu-oyaqlıq tsiklinin pozulması
 - ▶ Vegetativ pozuntular (tərləmə, taxikardiya)
7. Diaqnozun dəqiqləşdirilməsinə ehtiyac olduğu halda ümumi profilli həkim xəstəni psixiatr, nevroloq və klinik psixoloqa (neyropsixoloji testləşdirməni aparmaq üçün) yönəltməlidir.

Demensiyalı xəstələrin müşahidəsi və aparılmasının ümumi prinsipləri

1. Həkim xəstənin ailə və yaxınlarını (tibbi etika və qanunvericilik normalarına riayət etməklə), potensial təhlükənin minimallaşdırılması, pasiyentlə gündəlik işlərin icrasında necə yardım edilməsi mövzularında məlumatlandırmaqla, müalicəyə cəlb etməlidir.
2. Nəzərə almaq lazımdır ki, bəzi pasiyentlərə öz xəstəliyi barədə informasiya vermək onlarda güclü disstres yarada bilər. Belə olan halda həkim tibbi sənədlərdə informasiyanın verilməməsinin səbəblərini qeyd etməlidir.
3. Həkim aşağıdakı məlumatları xəstənin ailə üzvlərinin nəzərinə çatdırmalıdır.
 - ▶ Demensiya ahıl yaşda tez-tez rast gəlinən, ancaq qaçılmaz olmayan pozuntudur.
 - ▶ Yaddaşın pozulması və çaşqınlıq davranışda problemlər yarada bilər (həyəcan, şübhəlilik, qəzəb təzahürləri, əlaqə qurmaqda çətinliklər).
 - ▶ Yaddaşın və intellektin zəifləməsi, adətən, tədricən baş verir, lakin proqnoz demensiyanı doğuran səbəblərdən asılıdır.
 - ▶ Somatik xəstəliklər və stresslər demensiyanın gedişini pisləşdirə bilər.
 - ▶ Pasient yeni məlumatları yadda saxlamaqda çətinlik çəkir, pasiyentin tanımadığı şəraitə və vəziyyətə düşməsindən çəkinmək lazımdır.
4. Həkim pasiyentlərin gündəlik fəaliyyətlərin öhdəsindən gələ bilməmələrini, təhlükəsizliklərini, davranışlarında problemlərin mövcudluğunu və fiziki durumlarını müəyyən etmək üçün müntəzəm olaraq müayinə aparmalıdır.
5. Yaddaşda yüngül pozuntular zamanı qeydlərdən və xatırlatma işarələrindən istifadə edilməlidir.

6. Pasiyentə sağlam həyat tərzini keçirməyi, sağlamlığının qeydində qalması, pəhrizə əməl etməyi, fiziki hərəkətlər yerinə yetirməyi, somatik problemlərin yaranması zamanı dərhal buna reaksiya verməyi məsləhət görməlidir.
7. Koqnitiv funksiyaların pozulması ilə bağlı mümkün riski müntəzəm olaraq qiymətləndirməlidir (sərbəst gəzintilər, səfərlər, tez alışan əşyalardan istifadə).
8. Pasiyentlə birgə yaşayan şəxslərin qulluqla bağlı vəzifələrin öhdəsindən necə gəldiklərini qiymətləndirməli, onlarla əlaqə saxlamalı, onların emosional vəziyyətini izləməlidir.
9. Hüquqi və maliyyə məsələlərini müzakirə etməlidir (qəyyumluğun rəsmiləşdirilməsi, təqaüdün alınması və s.).
10. İlkən səhiyyə sistemində çalışan terapevtlər, ailə həkimləri və sahə həkimləri aşağıda göstərilən hallarda demensiya ilə əlaqəli xəstələri psixiatrlara göndərməlidir:
 - ▶ Psixotik əlamətlər, o cümlədən oyanıqlıq, aqressiya, sayıqlama, hallüsinasiyalar, ajitasiya, sərgərdanlıq mövcudluğu
 - ▶ Acizliyi, əsas həyatı tələbatını müstəqil təmin etmək qabiliyyətinin olmaması
 - ▶ Komorbid depressiya və ya digər psixi pozuntuların mövcudluğu
 - ▶ İxtisaslaşmış yardım sistemində aparılan müdaxilələrin zəruriyyəti

**İxtisaslaşmış yardım sistemində demensiyanın
diagnostika və müalicəsi**

**İxtisaslaşmış yardım sistemində demensiya xəstələrin
aparılmasının ümumi prinsipləri**

1. Demensiya olan pasiyentlərin növü, ağırlıq dərəcəsi, yaranma tezliyi də daxil olmaqla digər (qeyri-koqnitiv) psixopatoloji simptomların mövcudluğuna dair müayinədən keçməlidirlər.
2. Demensiya olan pasiyentlərin demensiyanın gedişini ağırlaşdıracaq ağrı da daxil olmaqla somatik xəstəliklərin mövcudluğuna dair müayinədən keçməlidirlər.
3. Demensiya olan pasiyentlərin konkret koqnitiv funksiyaların müəyyən edilməsi üçün testlər vasitəsilə müayinə edilməlidirlər.
4. Demensiya olan xəstələrin müalicəsi fərdi seçilmiş medikamentoz və qeyri-medikamentoz müdaxilə üsulları daxil olmaqla sənədləşdirilmiş yardım planı əsasında həyata keçirilməlidir.

5. Asetilxolinesterazanın inhibitorları və NMDA sırasına daxil olmayan dərman preparatlarının tətbiqinə dair qərar psixopatoloji simptomların təhlükəliliyi və ifadəlilik dərəcəsinə əsaslanmalıdır.
6. Asetilxolinesterazanın inhibitorları və NMDA sırasına daxil olmayan dərman preparatlarının tətbiqi qeyri-medikamentoz müdaxilədən sonra həyata keçirilməlidir.
7. Dərman preparatlarına kiçik dozalardan başlanılmalı və minimal effektiv dozaya çatana qədər tədricən titrlənməlidir.
8. İfadə olunmuş yan təsirlər yarandıqda dərhal təyin edilmiş dərman preparatını bir daha nəzərdən keçirmək lazımdır.
9. Dərman terapiyası bitdikdən sonra 4 ay ərzində ayda bir dəfədən az olmayaraq təkrar simptomların yaranması ilə bağlı monitoring aparmaq lazımdır.
10. Təkrar simptomlar yarandıqda bütün ehtiyat tədbirlərinə riayət etmək şərtlə dərman terapiyasına yenidən başlamaq lazımdır.

Qeyri-medikamentoz müdaxilələr

1. Aşağıda qeyd olunanlar demensiyalı xəstələrin həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılmasında müsbət təsir göstərə bilər: gündəlik həyat fəaliyyətinin təşkilinə yönəlmiş müxtəlif davranış metodlarının istifadəsi, gündəlik rejimə riayət olunması, düzgün qidalanma, aqressiyanın və depressiyanın büruzə verməsi istiqamətində müalicə rejimi üzərində nəzarətin həyata keçirilməsi.
2. Xəstənin ailə üzvlərinin pasiyentə düzgün yanaşması və qayğı göstərməsinin təlimi demensiya ilə bağlı ağrılaşmaların profilaktikası üçün faydalıdır.
3. Koqnitiv stimulyasiya: nitq funksiyalarının məşqi, simaların fotoşəkillərlə tanınması, əşyaların yadda saxlanılması, koqnitiv funksiyaların yaxşılaşdırılmasının sadə metodu hesab edilir.
4. Ətraf mühitin təşkili dedikdə adaptasiyanın yüksəlməsi (ışıqlandırma, vanna, xalı örtüklər və s.), təhlükəsizliyin qorunması, stressin azaldılması üçün şəraitin yaradılması başa düşülür. Bu işə demensiyalı xəstələrə pozitiv təsir göstərir.
5. Multisensor stimulyasiya – aromaterapiya, musiqi terapiyası, işıq terapiyası demensiyanın nisbətən yüngül ifadə olunmuş simptomları olan xəstələrə tətbiq edilə bilər.
6. Reallığa əsaslanmış terapiya demensiyalı xəstələrə daim vaxtın,

məkanın və ətraf mühitin yada salınmasına əsaslanır. Bu da bəzi xəstələrdə koqnitiv funksiyaların enməsinə zəiflədə bilər. Əks yanaşmada isə əsas məqsəd bələdliyi pozulmuş xəstənin hisslərini qəbul etmək və ona dəstək olmaqdır (validasiya). Bu zaman xəstənin reallığı qavraması mümkün olmasa da onun hisslərinə qarşı hörmətlə yanaşılmalıdır. Məsələn, xəstələrin yanlış fikirlərini və hərəkətlərini tənqid etməyərək, onun fərdi reallığını qəbul etməkdir.

7. Xəstənin vəziyyətinə uyğunlaşdırılmış fiziki tapşırıqlar demensiya xəstələrin motor funksiyalarını yaxşılaşdırma bilər. Pasiyentlərin koqnitiv imkanlarına və onun əvvəlki maraqlarına adaptasiya edilmiş istirahətlə bağlı olan fəaliyyət isə həyat keyfiyyətinin əsaslı olaraq yüksəlməsinə təsir edir.

MEDİKAMENTÖZ MÜALİCƏ

Asetilxolinesterazanın inhibitorları və NMDA (Əlavə I)

1. Demensiyaların əsas simptomu olan koqnitiv pozulmanın müalicəsinin əsas dərman vasitələri asetilxolinesterazanın inhibitorları (ASXİ) (*donepezil, qalantamin və rivastiqmin*) və N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptorlarının antaqonistləridir (*memantin*).
2. Göstərilən preparatlar demensiya xəstələrin koqnitiv funksiyalarının enmə sürətini xeyli azalda bilər.
3. Mövcud olan məlumatlara görə yuxarıda göstərilən asetilxolinesterazanın inhibitorları koqnitiv funksiyalara eyni təsirə malikdir, lakin donepezil qəbul edən pasiyentlər daha nadir hallarda müalicələrini dayandırır.
4. Donepezil təyini AX, memantin isə VD diaqnozu təsdiq olduğu vaxtdan başlayaraq həyata keçirilməlidir. Gözlənilən nəticələr və potensial əlavə təsirlər xəstənin özü və onun ailə üzvləri ilə müzakirə olunmalıdır.
5. Donepezil və memantin ayrılıqda və ya birgə təyin edilə bilər. İlk dozadan başlayaraq tədricən (həftədə 1 dəfədən artıq olmayaraq) dozaları orta terapevtik dozaya çatdırmaq lazımdır.
6. Donepezil və memantin təyini zamanı vaxtaşırı olaraq koqnitiv proseslərin, digər psixi funksiyaların və davranışın eyni zamanda dərman terapiyasının əlavə təsirlərinin monitorinqi aparılmalıdır.

Antidepressantlar (Əlavə I)

1. Demensiyalı xəstələrdə yanaşı olan depressiyanın müalicəsi üçün ilkin seçim preparatları SSRI (**sertralin**, **escitalopram**) hesab edilir. Bunlar daha az əlavə təsirlərə malikdir.
2. Ajitəli depressiyanın əlamətləri aşkar olunmuş demensiyalı xəstələrə **trazadone** təyin edilə bilər.
3. Ahıl yaşda olan demensiyalı xəstələrdə metabolik proseslərin yavaşmasına görə antidepressantların plazmada səviyyəsi yüksələ bilər. Bu işə öz növbəsində antidepressant terapiyanın minimal dozalardan başlayaraq aramla artırılmasını tələb edir.
4. **Tritsiklik antidepressantlar**, **venlafaksin**, **mirtazapine** və **fluoksetin** antixolinergik effektlər nəticəsində yaranan deliriyin mümkün inkişafı ilə əlaqədar olaraq demensiyalı xəstələrə təyin olunmamalıdır.

Antipsixotik preparatlar (Əlavə I)

1. Demensiyalı xəstələrdə psixotik simptomların (deliriy, sayıqlama, hallüsinasiyalar, aqressiya, ajitasiya) müalicəsi zamanı ilkin seçim preparatları atipik antipsixotiklər – **aripiprazole**, **olanzapine**, **risperidone** və **quetiapine** hesab edilir.
2. Deliriy simptomları olmadıqda **haloperidole** ilkin seçim preparatı olaraq təyin edilməməlidir.
3. Demensiyası olan xəstələrə digər psixi pozuntu ilə əlaqəli hallar istisna olmaqla prolonq təsirli inyeksion antipsixotik preparat təyin etmək olmaz.
4. Adətən psixotik simptomlar olan demensiyalı xəstələrdə yalnız bir antipsixotik preparat minimal effektiv dozada 4 aydan çox olmayan müddətə təyin edilməlidir. Bütün hallarda antipsixotik preparatların qəbulunun dayandırılması və ya davam etdirilməsi haqqında qərar pasiyent və ona qayğı göstərən şəxslərlə birgə qəbul edilməlidir.
5. Antipsixotik preparatın 4 həftə ərzində adekvat dozada tətbiqi nəticəsində klinik effekt olmadıqda preparatın qəbulu dayandırılmalıdır.
6. Demensiyaya şəkərli diabetlə və ya dislipidemiya ilə birgə rast gəlinməsi hallarında antipsixotik preparatların təyini zamanı ehtiyatlı olmaq tələb edilir.

7. Parkinsonizmlə xəstə olanların müalicəsi zamanı ilkin seçim preparatı **quetiapine** hesab edilir.

Digər preparatlar (Əlavə I)

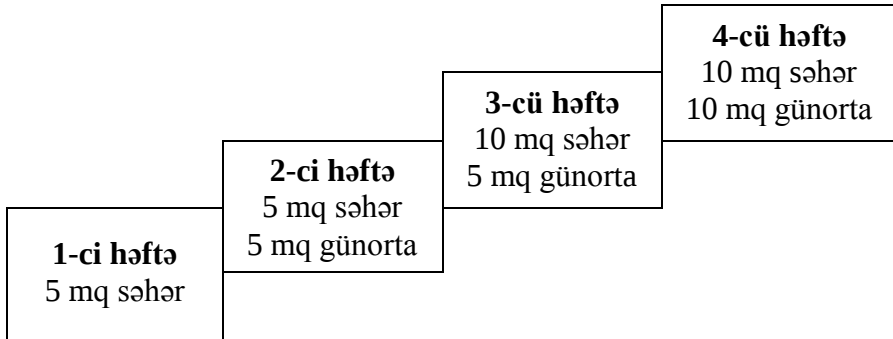
1. Aspirin (kardioloji) – yanaşı olaraq ürək-damar xəstəlikləri olan VD-li xəstələrə təyin olunması məsləhət görülür.
2. Demensiya pasiyentlərdə aqressiya və ya digər davranış pozuntuları zamanı **buspirone** təyin oluna bilər. Lakin bu preparatdan istifadə zamanı demensiyanın digər simptomlarına təsiri öyrənilməlidir.
3. Asılılıq yaranması riskini və kognitiv funksiyaların pisləşməsini nəzərə alaraq benzodiazepinlər demensiya xəstələrə uzun müddətə təyin olunmamalıdır.
4. **Hidroksiklorokin, prednisolon, melatonin, estrogen, selegilin, fizostiqmin, ginkobeloba və pirasetam** – demensiyanın müalicəsində effektiv deyil və təyinat üçün məsləhət olunmur.

Demensiyanın müalicəsində istifadə edilən preparatlar

Beynəlxalq patentləşdirilmiş adı	Ticarət adı, buraxılış forması	Başlanğıc doza (mq/gün)	Adi doza (mq/gün)
Asetilxolinesterazanın inhibitorları (ASXI) və N-metil-D-aspartat (NMDA)			
Donepezil	Alzepil 5mq, 10 mq örtülü tablet; Yasnal 5 mq, 10 mq tablet Alzancer İziTab 5 mq, 10 mq ağız boşluğunda həll olan tablet	5	5-10
Galantamine	Remenyl 2 mq, örtülü tablet;	4	8-16
Rivastiqmine	Ekselon 2 mq, kapsula;	3	6
Memantine	Mexia 10, 20 mq örtüklü tablet; Tinqreks 10 mq tablet; Polmatin 10 mq örtüklü tablet; Maruksa 10 mq, 20 mq tablet;	5	10-20
Antidepressantlar			
Escitalopram	Sipraleks 10 mq örtüklü tablet; Estolam 10 mq, 20 mq örtüklü tablet; Elisea 10 mq, 20 mq tablet; Esçita 10 mq, 20 mq örtülü tablet; Deprolam-S oral damcı 10 mq/ml 15 ml flakon	10	10-20
Sertraline	Stimuloton 50 mq, 100 mq örtülü tablet; Zoloft 50 mq, 100 mq örtülü tablet	50	50-200
Trazodone	Trittiko 50 mq örtülü tablet	50	150-300
Atipik antipsixotik vasitələr			
Risperidone	Rispaksol 2 mq, 4 mq örtüklü tablet; Rileptid 2 mq, 4 mq örtüklü tablet; Torendo 2 mq, 4 mq tablet	1-2	3-6

Olanzapine	Egolanza 5 mq, 10 mq tablet; Zolaksa 5 mq örtüklü tablet; Zolaksa ODT 5 mq, 10 mq sorma tablet; Zalasta 5 mq, 10 mq tablet; Olanzapel 5 mq, 10 mq örtüklü tablet	5-10	5-20
Aripiprazole	Abizol 5 mq, 10 mq, 15 mq örtüklü tablet; Aripegis 10 mq, 15 mq tablet; Aribit 10 mq tablet; Zilaksera 5 mq, 10 mq, 15 mq tablet	10-15	10-30
Quetiapine	Ketilept 100 mq, 200 mq örtüklü tablet; Kventiaks SR 25 mq, 150 mq, 200 mq, 300 mq tablet; Keday XR 50, 150, 200 mq uzunmüddətli təsirə malik tablet	25-200	200-800
Trankvilizator			
Buspirone	Spitomin 5 mq, 10 mq	5-10	10-20

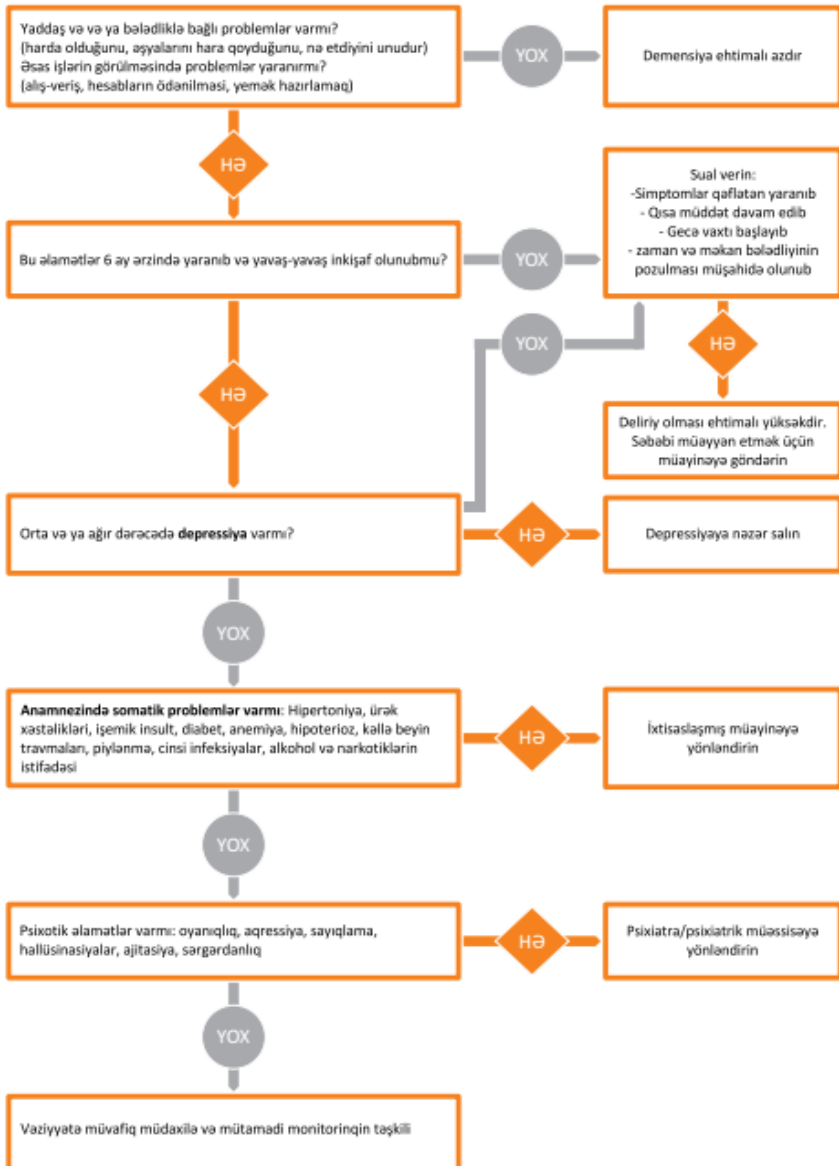
Memantin dozalanması



Donepezil dozalanması

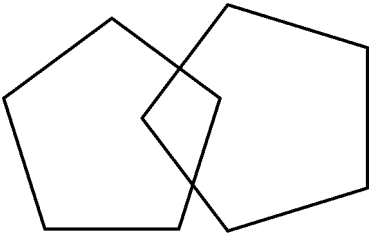


Demensiyanın müayinə algoritmi



Psixi statusun qısa qiymətləndirilməsi şkalası (PSQQ)
(MMSE – Mini-Mental State Examination)

№	Sınaq	Bal	Maksimum bal
1.	Zaman bələdliliyi (tarixi qeyd edin): A. Tarix B. Ay C. İl D. Həftənin günü E. Fəsil		Hər bir düzgün cavaba 1 bal ver Maks. bal 5
2.	Məkan bələdliliyi (yeri qeyd edin) A. Küçə B. Ev C. Mərtəbə D. Şəhər E. Ölkə		Hər bir düzgün cavaba 1 bal ver Maks. bal 5
3.	Qavrama (3 əşyanı adlandırmaq, məsələn, “top”, “bayraq”, “qapı”, sonra pasiyentdən bu sözləri təkrarlamayı xahiş etmək – 5 sınaqdan çox olmamaq şərti ilə)		Hər bir düzgün cavaba 1 bal ver Maks. bal 5
4.	Diqqət və say (pasiyentə 100-dən 7 çıxmağı və bu prosesi 5 dəfə ardıcıl olaraq yerinə yetirməsini təklif etmək – 93, 86, 79, 72, 65) Əgər pasiyent bunu etməkdən imtina edərsə o zaman “fəsil” sözünü sondan hərifləyərək deməyi təklif etmək)		Hər bir düzgün cavaba 1 bal ver Maks. bal 5
5.	Yaddaş (pasiyentə 3-cü bəndə təklif olunan 3 sözü yenidən deməyi xahiş etmək)		Hər bir düzgün cavaba 1 bal ver Maks. bal 3
6.	Nitq Saat və qələmi göstərərək onları adlandırmayı xahiş etmək. Cümləni təkrar etmək: “Heç vaxt heç vaxt demə”.		Hər bir düzgün cavaba 1 bal ver Maks. bal 3

7.	3 mərhələli tapşırığı yerinə yetirmək: “Sağ əl ilə vərəqi götür, onu ikiye qatla və stolun üstünə qoy”		Hər bir düzgün cavaba 1 bal ver Maks. bal 3
8.	Oxumaq (vərəqdə “gözlərini yum” yazmaq və pasiyentə oxuduğunu həyata keçirməyi təklif etmək		Maks. bal 1
9.	Yazmaq (pasiyentə isim və feldən ibarət olan cümlə yazmağı təklif etmək)		Maks. bal 1
10.	Kopiyalamaq 		Maks. bal 1

30-28 bal norma

27-24 bal yüngül koqnitiv pozuntu

23-20 bal yüngül dərəcəli demensiya

19-11 bal orta dərəcəli demensiya

10-0 bal ağır dərəcəli demensiya

Ədəbiyyat

1. Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabineti. “İlkin tibbi yardım göstərən tibb müəssisələrində müalicəsinə icazə verilən xəstəliklərin (psixi pozuntuların) Siyahısı”nın təsdiq edilməsi haqqında 2012-ci il 11 iyun tarixli 131 nömrəli qərar [Elektron məlumat]. – Bakı. – 11.06.2012. – Elektron ünvan: <http://www.cabmin.gov.az/?/az/pressreliz/view/702> (19.04.2013)
2. Xəstəliklərin və sağlamlıqla bağlı problemlərin beynəlxalq statistik təsnifatı: 10-cu baxış. – Cenevrə, Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı, 2012.
3. Clinical Practice Guideline for Dementia. Part I: Diagnosis & Evaluation [Electronic resource] / Clinical Research Center for Dementia of South Korea. – Seoul (South Korea). – 2011. - 117p. – Available at: <http://guidelines.gov/content.aspx?id=34444> (19.04.2013)
4. Dementia: Diagnosis and treatment: Guideline [Electronic resource] / Antonio Bavazzano [et al.]; Regional of Tuscany Health Council. – Milan. – 2011. - 38 p. – Available at: http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_toscana_demenza_2011_en.pdf (19.04.2013)
5. Dementia: Supporting people with dementia and their carers in health and social care: NICE clinical guideline 42 [Electronic resource] / National Institute for Health and Clinical Excellence. London (UK). – October 20. - 56 p. – Available at: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10998/30318/30318.pdf> (19.04.2013)
6. Donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease: review of NICE technology appraisal guidance 111 [Electronic resource] / National Institute for Health and Clinical Excellence. - London (UK). - March 2011. – 84 p. – Available at: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13419/53619/53619.pdf> (19.04.2013)
7. Management of patients with dementia: A national clinical guideline 86 [Electronic resource] / Scottish Intercollegiate Guidelines Network Edinburgh. - February 2006. – 57 p. - Available at: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign86.pdf> (19.04.2013)

8. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for research [Electronic resource] / World Health Organization. – Geneva. - 1993. – 263 p. - Available at: <http://who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf> (19.04.2013)
9. The Mini-Mental State Examination (MMSE): a guide for people with dementia and their carers: information sheet [Electronic resource] / Alzheimer's Society Quality Research in Dementia. - London. - March 2001. – 436-437p. - Available at: http://www.dementie.be/SiteFiles/436_MMSE.pdf (19.04.2013)
10. Treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias: Practice guideline [Electronic resource] / Peter V. Rabins [et al.]; American psychiatric Association. - Second edition. - 2010. - 86 p. - Available at: <http://psychiatryonline.org/pdfaccess.ashx?ResourceID=243205&PDFSource=6> (19.04.2013)
11. The Diagnosis and Treatment of Dementia: Third Canadian Consensus Conference [Electronic resource] / Hotel Delta President Kennedy. - Montreal, Quebec. - March – 2006 - July 2007. - 28 p. - Available at: http://www.cccdd.ca/pdfs/Final_Recommendations_CCCDDT_2007.pdf (19.04.2013)
12. Ten-year incidence of dementia by age, sex, and education: These tables supplement those published within our article "Ten-year incidence of dementia in a rural elderly US community population: the MOVIES Project." [Electronic resource] // Neurology. – 2000. - vol 54. - 1109-1116 p. - Available at: [http://www.wpic.pitt.edu/research/dementia_epidemiology/Movies/Incidence%20of%20dementia%20\(tables\).htm](http://www.wpic.pitt.edu/research/dementia_epidemiology/Movies/Incidence%20of%20dementia%20(tables).htm) (19.04.2013)
13. Международная классификация болезней. Классификация психических расстройств: Клинические описания и указания по диагностике [Электронный ресурс] / Всемирная Организация Здравоохранения. Санкт-Петербург.:
14. «Оверлайн», 1994. – 173 с. - Режим доступа: <http://bookap.info/genpsy/mkbklin/> (19.04. 2013)

QEYDLƏR

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.