

Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

DEMENSİYANIN
DİAQNOSTİKA VƏ
MÜALİCƏSİ ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL



Bakı
2013

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
kollegiyasının 25 noyabr 2013-cü il tarixli
38 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

**DEMENSIYANIN DİAQNOSTİKA
VƏ MÜALİCƏSİ ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**

Bakı - 2013

56.14
D 30

D 30 Demensiyanın diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol
– 2013. – 32 səh.

Bu klinik protokol ABŞ-ın Beynəlxalq İnkişaf Agentliyi tərəfindən maliyyələşdirilən “Azərbaycanda Səhiyyənin Gücləndirilməsi” Layihəsinin dəstəyi ilə hazırlanmışdır.

Redaktor:

C.Məmmədov Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin direktoru, t.f.d.

Tərtibçilər:

K.Salayev Azərbaycan Tibb Universitetinin Nevrologiya və tibbi genetica kafedrasının baş laborantı, t.f.d.

R.Zeynalova Səhiyyə Nazirliyi Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin direktor müavini

A.Zeynalova Səhiyyə Nazirliyi Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin həkim-psixiatrı

Ü.Əfəndiyev Səhiyyə Nazirliyi Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin həkim-psixiatrı

S.İsgəndərova Səhiyyə Nazirliyi Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin həkim-psixiatrı

L.Orucova Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin həkim-metodisti

Rəyçi:

T.Qafarov Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Psixiatriya və narkologiya kafedrasının müdiri, professor, t.e.d.

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi və elmi tədqiqatların tipləri

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi	Sübutların mənbələri (elmi tədqiqatların tipləri)
Ia	Sübutlar meta-analiz, sistemativ icmal və ya randomizasiya olunmuş klinik tədqiqatlardan (RKT) alınmışdır
Ib	Sübutlar ən azı bir RKT-dən alınmışdır
IIa	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış, nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqatdan alınmışdır
IIb	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış kvazi-eksperimental tədqiqatdan alınmışdır
III	Sübutlar təsviri tədqiqatdan (məsələn, müqayisəli, korrelyasion tədqiqatlar, ayrı-ayrı halların öyrənilməsi) alınmışdır
IV	Sübutlar ekspertlərin rəyinə və ya klinik təcrübəyə əsaslanmışdır

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi şkalası

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi	Tövsiyələrin əsaslandığı sübutların etibarlılıq dərəcəsi
A	RKT-lərin yüksək keyfiyyətli meta-analizi, sistemativ icmalı və ya nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv ehtimalı çox aşağı olan (++) irimiqyaslı RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ia.
B	Kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqatların yüksək keyfiyyətli (++) sistemativ icmalı, yaxud Sistemativ səhv riski çox aşağı olan (++) yüksək keyfiyyətli kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqat, yaxud Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv riski yüksək olmayan (+) RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ib və IIa.
C	Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv riski yüksək olmayan (+) kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli və ya nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqat, yaxud Nəticələri uyğun populyasiyaya bilavasitə şamil edilə bilməyən, sistemativ səhv riski çox aşağı olan və ya yüksək olmayan (++) və ya (+) RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi IIb.
D	Klinik hallar seriyasının təsviri, yaxud Nəzarət edilməyən tədqiqat, yaxud Ekspertlərin rəyi. Yüksək səviyyəli sübutların mövcud olmamasının göstəricisidir. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi III və IV.

İxtisarlarnın siyahısı

AX	Alsheymer xəstəliyi
ALT	alaninaminotransferaza
ASXİ	asetilxolinesterazanın inhibitorları
AST	aspartataminotransferaza
DSM IV	Diaqnostik və Statistik Təsnifat (4-cü baxış) (<i>Diagnostic Statistical Manual</i>)
EEQ	elektroensefaloqrafiya
FTD	fronto-teporal demensiya
GT	ganqliozid luteinləşdirici hormon
XBT-10	Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı (10-cu baxış)
İİV	insanın immuncatışmazlığı virusu
KT	kompüter tomoqrafiyası
QİÇS	qazanılmış immuncatışmazlığı 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>)
SIUSİ	Serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitoru
TB	vərəm
VD	vaskulyar demensiya
YKP	yüngül koqnitiv pozuntu

Klinik protokol ilkin səhiyyə səviyyəsində çalışan sahə həkimləri, ailə həkimləri, həkim-psixiatriklar 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 – baş beyin xronik və ya progressivləşən xəstəliyi nəticəsində əmələ gələn psixi fəaliyyətin pozulmasıdır. Bu zaman idrak prosesləri (yaddaş, təfəkkür, qavrama, nitq), eyni zamanda mülahizə etmə qabiliyyəti kimi ali qabıq funksiyalarının pozulması baş verir. Göstərilən koqnitiv pozuntular kifayət qədər ciddi olub, ən azı son 6 ay ərzində insanın gündəlik həyatına təsir edir.³

Erkən (presenil) və **gecikmiş (senil)** başlanğıçlı demensiya ayırd edilir. Presenil demensiya zamanı əlamətlər 65 yaşa qədər, senil demensiya zamanı isə 65 yaş və daha gec başlayır. Demensiyanın bu növləri etiologiya, klinik şəkli və gedişinə görə bir-birindən fərqlənir.

Demensiya termini ilə etiologiyaya görə müxtəlif vəziyyətlər nəzərdə tutulur. Demensiyanın müxtəlif növlərinin fərqli olmasına baxmayaraq bir çox hallarda onun yaranmasına çoxsaylı faktorlar səbəb olur. Belə ki, Alshaymer xəstəliyi olan 60-90% pasiyentlərdə damar dəyişiklikləri, damar demensiyası klinik diaqnozu təsdiq edilmiş pasiyentlərin 1/3-də Alshaymer xəstəliyi üçün xarakterik olan dəyişikliklər aşkar edilir.

Yüngül koqnitiv pozuntunu (YKP) demensiyadan fərqləndirmək lazımdır. YKP zamanı koqnitiv funksiyaların enməsi gündəlik həyat fəaliyyətinin pozulmasına təsir etmir. YKP normal qocalma və demensiya arasında mövcud olan aralıq vəziyyətdir.

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 müxtəlif yaş hədlərində demensiyanın yayılma və bu xəstəliyə tutulma göstəriciləri verilmişdir.

Cədvəl 1. Demensiyanın yayılması^{4,12}

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 demensiyalı 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 demensiyasıdır (VD)** – 30%-ə qədər. Hər iki xəstəlik birlikdə bütün demensiyaların 80%-ni təşkil edir. **Levi Cisimcikli Demensiya (LCD)** – 11%, **fronto-temporal (FTD)** – 6% təşkil edir. Hesab edilir ki, AX ilə daha çox qadınlar, VD ilə kişilər xəstələnilir³.

ETİOLOGİYA

Alsheymer xəstəliyi (A tipli senil demensiya) – MSS-nin degenerativ prosesləri ilə əlaqəli olub demensiyanın daha çox rast gəlinən formasıdır. Demensiya əlamətləri, o cümlədən koqnitiv proseslərin və digər funksiyaların artan enməsi baş beynin alın, tərə, gicgah paylarının subkortikal sahələrində neyronların və sinaptik əlaqələrin məhvi ilə əlaqədardır^{3,7}.

Damar mənşəli (vaskulyar) demensiya – Alsheymer xəstəliyindən sonra tezliyinə görə 2-ci yeri tutur. Damar mənşəli

demensiya ardıcıl baş verən kiçik insultlar nəticəsində, beynin qanla təchizatının pozulması ilə əlaqəlidir. Daha çox rast gəlinən dəyişikliklər beynin arteriyalarının kalsifikasiyası və liflərin atrofiyası gedən ağ maddəsində müşahidə edilir^{3,7}.

Levi cisimcikli demensiya – Parkinson xəstəliyi zamanı əmələ gələn demensiya ilə eyni patoloji əsasa malikdir. LCD baş beyin qabığındakı neyronlarda Levi cisimciklərinin, zülal laxtalarının, α -sinuclein və ubikvitinin əmələ gəlməsi ilə əlaqədardır^{3,7}.

Alın-gicgah demensiyası (Fronto-temporal demensiya) – nisbətən daha az rast gəlinən demensiya növüdür. Lakin demensiya ilə xəstə olan insanlar arasında xüsusi yer tutur. Davranış üzərində nəzarətin itirilməsi, yaranmış vəziyyətin qiymətləndirilməsinin pozulması, öz xəstəliyinə qarşı tənqidin olmaması kimi davranış pozuntuları yaddaş pozuntularına nisbətən daha çox rast gəlinir^{3,7}.

Kroysfelt-Yakob xəstəliyi – nadir rast gəlinən xəstəlikdir. Bu xəstəlik zamanı anomal zülali maddə beyində toplanır və məhz sinir hüceyrələrinin sürətli məhvinə səbəb olur. Çoxsaylı nevroloji simptomlar (tremor, hərəkəti zəiflik, müvazinətin pozulması, müvazinətin saxlanması problemləri) ilə yanaşı adi simptomlara davranış və əhval-ruhiyyənin pozuntuları aiddir. Klinik simptomların başlanması dövründə ölüm halları 1-2 il müddətində mümkündür^{3,7}.

Cədvəl 2. Risk faktorları^{3,5,11}

Ahıl yaş	AX, DD və LCD üçün daha əhəmiyyətli risk faktoru hesab edilir. Lakin FTD, Kroyfeld-Yakob xəstəliyi və Hantinqton xəstəliyi üçün risk yaratmır. Bu xəstəliklər, adətən, orta yaşlarda yaranır.
İrsiyyət faktoru	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.
Pıylənmə	Orta yaşlarda bədən çəkisinin 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.
Baş 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 faktoru hesab edilir. AX və demensiyanın digər növləri üçün risk faktoru deyil.

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

Damar mənşəli risk faktorlarının diqqətli nəzarətinin təmin edilməsi yalnız kardiovaskulyar/serebrovaskulyar xəstəliklərin profilaktikası və müalicəsi üçün deyil, eyni zamanda demensiyanın da profilaktika və müalicəsi üçün çox zəruridir (A)³.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT²

- F00*** Alsheymer xəstəliyi zamanı demensiya (G30.–†)
- F00.0*** Alsheymer xəstəliyi zamanı erkən başlamış demensiya (G30.0†)
- F00.1*** Alsheymer xəstəliyi zamanı gecikmiş demensiya (G30.1†)
- F00.2*** Alsheymer xəstəliyi zamanı atipik və ya qarışıq tipli demensiya (G30.8†)
- F00.9*** Dəqiqləşdirilməmiş Alsheymer xəstəliyi zamanı demensiya (G30.9†)
- F01.** Vaskulyar demensiya
- F01.0** Kəskin başlanmış vaskulyar demensiya
- F01.1** Multiinfarkt demensiyası
- F01.2** Qabıqaltı vaskulyar demensiya
- F01.3** Qarışıq qabıq və qabıqaltı vaskulyar demensiya
- F01.8** Digər vaskulyar demensiya
- F01.9** Dəqiqləşdirilməmiş vaskulyar demensiya
- F02*.** Başqa rubrikalarda təsnif edilən digər xəstəliklər zamanı demensiya
- F02.0*** Pik xəstəliyi zamanı demensiya (G31.0†)
- F02.1*** Kreystfeld–Yakob xəstəliyi zamanı demensiya (A81.0†)
- F02.2*** Qentinqton xəstəliyi zamanı demensiya (G10†)
- F02.3*** Parkinson xəstəliyi zamanı demensiya (G20†)
- F02.4*** İnsanın immun çatışmazlıq virusu (İİV) tərəfindən törədilən xəstəlik zamanı müşahidə olunan demensiya (B22.0†)

XBT-10-da baş kod əsas xəstəliyin kodudur və o xəncər (†) qeyd olunub; xəstəliyin təzahürünə aid olan fakultativ əlavə kod ulduzcuqla (*) qeyd olunub. Xəncər və ulduzcuq sistemləri statistikanın təqdimatı üçün alternativ təsnifatları təmin edərək, xəncər kodunun ilkin kod olması və həmişə istifadə edilməsi XBT-nin prinsipidir. Kodlaşdırma üçün ulduzcuq kodundan heç vaxt tək istifadə edilməməlidir. Buna baxmayaraq, xəstələnmə dərəcəsi üçün kodlaşdırma zamanı xəncər və ulduzcuğun istifadə ardıcılığı xəstəliyin təzahürü tibbi yardımın əsas səbəbi olduğu zaman tamamilə dəyişdirilə bilər. Xəncər kodları ölüm halları üzrə statistika və tibbi xidmətin başqa aspektlərində məlumatı təqdim etmək üçün önəvi təsnifata uyğun gəlir.²

KLİNİK TƏSNİFAT

Demensiyanın XBT-10 üzrə diaqnostik meyarları^{8,13}

DEMENSİYANIN G1-G4 ümumi meyarları

G1. Hər iki əlamətin olması vacibdir:

1. Yaddaşın pisləşməsi, yeni informasiyanın yadda saxlanması pozulur. Daha ağır hallarda isə əvvəllər yadda olan informasiyanın reproduksiyası pozulur. Pozuntu həm verbal, həm də qeyri-verbal materiala aid edilir. Yaddaşın enməsi obyektiv etibarlı anamnezlə təsdiq olunmalı və imkan daxilində koqnitiv funksiyaların kəmiyyətcə qiymətləndirilməsi və neyropsixoloji testləşmənin nəticələri əlavə edilməlidir. Yaddaşın pozulmasını aşağıdakı şəkildə qiymətləndirmək lazımdır.

Yaddaşın yüngül pozulması: Gündəlik həyat fəaliyyəti pozulub. Buna baxmayaraq müstəqil yaşamaq mümkündür. Burada yeni materialın yadda saxlanması pozulur (məsələn, məişət əşyalarının yerinin və xəstənin qohumları tərəfindən deyilmiş hər-hansı informasiyanın unudulması baş verir).

Yaddaşın orta dərəcəli pozulması: Xəstənin gündəlik həyat tərzinə ciddi təsir göstərir. Xəstəyə çox yaxın olan material yadda qalır. Yeni informasiya təsadüfi və ya qısa müddətə yadda qala bilər. Xəstə harada yaşadığını, nə etdiyini, yaxınlarının adını unuda bilər.

Yaddaşın ağır pozulması: Xəstə hətta ən yaxın olan insanları tanımır. Heç bir informasiyanı yadda saxlaya bilmir.

2. Digər koqnitiv funksiyaların enməsi. Bu, tənqidin və təfəkkürün enməsidir. Xəstədə təşkilatçılıq və planlaşdırma xüsusiyyətləri enir. Bütün bu əlamətlər obyektiv anamnezlə və neyropsixoloji testləşdirmə ilə təsdiq olunmalıdır. Enmənin dərəcəsi aşağıdakı şəkildə qiymətləndirilməlidir.

Yüngül pozuntu: Koqnitiv qabiliyyətin enməsi gündəlik həyat tərzində məhsuldarlığın itməsinə səbəb olur. Lakin bütün bunlar xəstəni başqalarından asılı etmir.

Orta dərəcəli pozuntu: İntellektual qabiliyyətin enməsi kənar şəxslərin köməyi olmadan xəstələrin gündəlik həyatında fəaliyyət göstərməsini çətinləşdirir. Xəstələr evdə ancaq asan işləri icra edə bilirlər, xəstənin maraqları məhdudlaşır.

Dərin pozuntu: Xəstədə təfəkkürün tamamilə enməsi baş verir. Demensiyanın ağırlığı ümumən yaddaşın və ya intellektin enməsi dərəcəsi ilə müəyyən edilir.

G2. Dəqiqləşdirmək üçün kifayət edən müddət ərzində düşüncənin alaqranlıq halının olmaması (A və F05-də olduğu kimi) **G1.** Əgər demensiya fonunda deliriy əlamətləri yer tutursa, demensiya əlamətləri təkzib edilməlidir.

G3. Emosional nəzarətin və motivasiyanın və ya sosial davranışın enməsi ən azı aşağıdakı əlamətlərin biri ilə özünü göstərməlidir:

1. Emosional ləbillik

3. Apatiya

2. Qıçıqlılıq

4. Sosial davranışın kobudlaşması

G4. G1-in klinik diaqnozu üçün 6 ay müddətində əlamətlər saxlanılmalıdır. Müddət qısa olarsa diaqnoz təqribi olmalıdır.

Qeyd: Diaqnoz digər qabıq funksiyalarının pozulması, məsələn: afaziya, apraksiya, aqnoziya ilə təsdiq edilir.

Demensiyanı oxşar davranış sindromları ilə müşahidə edilən digər xəstəliklərdən diferensiasiya etmək üçün əlamətlərin 6 ay davam etməsi vacibdir. Bu xəstəliklərə aiddir: travmatik subdural qansızma, hidrosefaliya, baş beynin diffuz və ya ocaqlı travması.

F00-F03 kateqoriyasında əlavə simptomları nəzərə almaq üçün 5-ci işarədən istifadə olunur.

F0x.x0 Əlavə simptomatikasız

F0x.x1 Digər simptom ilə, əsasən sayıqlama

F0x.x2 Digər simptom ilə, əsasən halyusinator

F0x.x3 Digər simptom ilə, əsasən depressiv

F0x.x4 Digər qarışıq simptomatika ilə

6-cı işarə demensiyanın ağırlıq dərəcəsini göstərmək üçündür:

.xx0 yüngül

.xx1 orta

.xx2 ağır

Yuxarıda qeyd edildiyi kimi demensiyanın ağırlığı yaddaş və koqnitiv funksiyaların pozulma dərəcəsi ilə müəyyən edilir.

F00. Alsheymer xəstəliyi zamanı demensiya^{3,8}

A. Demensiyanın (G1-G4) ümumi meyarlarına əməl olunmalıdır.

B. Demensiyaya səbəb ola biləcək digər xəstəliyin olmasını inkar edən fiziki və xüsusi müayinələrin olması (məsələn, serebrovaskulyar xəstəlik, sistem xəstəliyi – hipotireodizm, B₁₂ defisiti, fol turşusu defisiti, hiperkalsiemiya və ya alkoqol və narkotiklərdən sui-istifadə).

Qeyd: Aşağıdakı əlamətlər diaqnozu təsdiq edir, lakin zəruri hesab edilmir:

- qabıq funksiyalarının cəlb olunması: afaziya, apraksiya və ya aqnoziya
- motivasiya və meyillərin enməsi (bu isə apatiyaya səbəb olur)
- qıvcıqlılıq və sosial davranışın tormozlanması
- serebral atrofiyanın mövcudluğunu göstərən xüsusi müayinənin göstəriciləri
- daha ağır hallarda parkinsona bənzər ekstrapiramid hallar (loqokloniya və epileptik tutmalar) müşahidə oluna bilər

Mövcud tipologiya üçün əlamətlərin dəqiqləşdirilməsi.

Alt tiplərin ola biləcəyini nəzərə alaraq aşağıdakı əlamətləri ayırmaq lazımdır: xəstəliyin başladığı yaş, proqredientlik dərəcəsi, klinik simptomatikanın növü, xüsusən alın və gicgah paylarının zədələnməsi simptomlarının ifadəli olması və ya heç olmaması.

F00.0 və F00.1 diferensasiya etmək üçün meyarlar

F00.0 Alsheymer xəstəliyi (AX) zamanı erkən başlamış demensiya⁸

1. AX zamanı ümumi meyarlar (F00) və xəstəliyin 65 yaşa qədər başlanması
2. Əlavə olaraq aşağıdakılardan ən azı birinin olması:
 - a) kəskin başlanğıcın və proqressivləşmənin olması haqda məlumat
 - b) yaddaşın pozulması ilə yanaşı afaziya (amnestik və ya sensor), aqrafiya, aleksiya, akalkuliya və ya apraksiya

F00.1 AX zamanı gecikmiş demensiya⁸

1. AX zamanı ümumi meyarlar (F00) və xəstəliyin 65 yaş və yuxarı başlanması
2. Əlavə olaraq aşağıdakılardan ən azı birinin olması:
 - a) ləng və tədricən başlanğıcın və proqressivləşmənin (proqressivləşmə dərəcəsi 3 il və daha çox vaxt keçdikdən sonra müəyyən edilir) olması barədə məlumat
 - b) yaddaş pozuntularının (G1.1) intellektual pozuntularından (G1.2) üstün olması

F00.2 AX zamanı atipik və ya qarışıq tipli demensiya⁸

Bu termin atipik əlamətlərlə xarakterizə olunur. Eyni zamanda AX-nin erkən və gecikmiş başlanğıcına xas olan meyarlara cavab verir. Alsheymer tipli və damar mənşəli demensiyaya birgə rast gəlinməsi halları da bura aid edilir.

F01. Vaskulyar demensiya^{3,8}

G1. Demensiyanın ümumi meyarları olmalıdır (G1-G4).

G2. Ali qabıq funksiyalarının qeyri-bərabər zədələnməsi. Belə ki, yaddaşın nəzərəçarpan pozuntuları olduğu halda təfəkkür və informasiyanın təhlilində yüngül enmə müşahidə olunur.

G3. Baş beynin ocaqlı zədələnməsini sübut edən klinik məlumatların olması. Aşağıdakı əlamətlərdən ən azı 1-nin olması buna göstərişdir:

1. ətraflarda unilateral spastik zəiflik
2. vətər reflekslərinin unilateral yüksəlməsi
3. ekstensor plantar refleks
4. psevdobulbar iflic

G4. Ciddi serebrovaskulyar xəstəliyin olmasını sübut edən müayinələrin, testlərin nəticələri, anamnestik məlumatlar etioloji olaraq demensiya ilə əlaqəli ola bilər.

Damar mənşəli demensiyanın alt tiplərini ayırmaq üçün aşağıdakı meyarlar olmalıdır:

F01.0 Kəskin başlanmış vaskulyar demensiya⁸

A. Damar demensiyasının ümumi meyarları olmalıdır (F01).

B. Demensiya qısa müddət ərzində (adətən 1 ay, 3 aydan çox olmayaraq) bir neçə insultdan və ya 1 böyük qansızmadan sonra inkişaf edir.

F01.1 Multiinfarkt demensiyası⁸

A. Damar demensiyasının ümumi meyarları olmalıdır (F01).

B. Demensiyanın ləng gedişi (3-6 ay müddətində).

F01.2 Qabıqaltı vaskulyar demensiya⁸

A. Damar demensiyasının ümumi meyarları olmalıdır (F01).

B. Anamnezdə hipertenziya.

C. Klinik və xüsusi müayinələrin nəticələri beyin yarımkürələrinin ağ maddəsinin dərinliyində damar zədələnməsi olduğunu göstərir. Qabığın bütövlüyü saxlanılır.

F02. Digər rubrikalarda təsnif olunmuş xəstəliklər zamanı demensiya⁸

F02.0 Pik xəstəliyi zamanı demensiya

A. Demensiyanın ümumi meyarları (G1-G4) olmalıdır.

B. Daimi pisləşmə ilə süstgedişli başlanğıc.

C. Alın payının cəlb olunması. Aşağıdakılardan iki və ya daha çox əlamətlərin olması:

- ▶ emosional kütlük
- ▶ sosial davranışın kobudlaşması

- ▶ oyanıqlıq
 - ▶ apatiya və ya narahatlıq
 - ▶ afaziya
- D. Yaddaş və gigah payının funksiyalarının erkən dövrlərdə nisbi saxlanılması.

F02.1 Kreysfeld-Yakob xəstəliyi zamanı demensiya⁸

- A. Demensiyanın ümumi meyarları (G1-G4) olmalıdır.
- B. Faktik olaraq beynin bütün ali funksiyalarının parçalanması və demensiyanın güclü inkişafı.
- C. Demensiyadan dərhal sonra və ya eyni zamanda aşağıdakı nevroloji simptomlardan ən azı birinin olması:
- ▶ piramid simptomlar
 - ▶ ekstrapiramid simptomlar
 - ▶ beyincik simptomları
 - ▶ afaziya
 - ▶ görmənin pozulması
- Son mərhələ üçün akinitik status və mutizm xasdır.

F02.2 Qentinqton xəstəliyi zamanı demensiya⁸

- A. Demensiyanın ümumi meyarları (G1-G4) olmalıdır.
- B. Qabıqaltı pozuntular, adətən, birincili olur və bu pozuntular bütün xəstəlik müddətində dominant mövqə tutur. Qabıqaltı nahiyənin zədələnməsi isə təfəkkür, hərəkət, eyni zamanda apatiya və depressiya ilə müşayiət edilən şəxsiyyət pozuntusu şəklində özünü göstərməlidir.
- C. Xüsusən, xəstənin gizlətməyə çalışdığı üz, əl, çiyin nahiyəsində və ya yerləş zamanı müşahidə edilən qeyri-iradi xoreoform hərəkətlərdir.
- D. Valideynlərdən birində və ya bacı-qardaşda Hentinqton xəstəliyinin olması; nəsilə olması.
- E. Anormal hərəkətləri izah edən başqa klinik əlamətlərin olmamasıdır.

F02.3 Parkinson xəstəliyi zamanı demensiya⁸

- A. Demensiyanın ümumi meyarları olmalıdır (G1-G4).
- B. Parkinson xəstəliyi diaqnozu F02.4.
- C. Parkinson xəstəliyinin müalicəsinə aid edilə bilən koqnitiv pozuntuların olmaması.

D. Anamnestik məlumatların, fiziki müayinələrin və ya xüsusi tədqiqatların demensiyaya səbəb ola biləcək digər xəstəliyi inkar etməsi.

F02.4 İnsanın immun çatışmazlıq virusu (İİV) tərəfindən törədilən xəstəlik zamanı müşahidə olunan demensiya⁸

A. Demensiyanın ümumi meyarları olmalıdır (G1-G4).

B. İİV infeksiyası diaqnozu.

C. Anamnestik məlumatlar, fiziki müayinələr və ya xüsusi tədqiqatlar demensiyaya səbəb ola biləcək digər xəstəliyi inkar edir.

DİAQNOSTİKA

İnstrumental müayinələr

1. Demensiyalı xəstələrin instrumental müayinəsi iki məsələnin həlli üçün aparılır:
 - ▶ demensiyanın aradan qaldırılması mümkün olan səbəblərinin aşkar edilməsi
 - ▶ demensiyanın növlərinin diferensial diaqnostikası^{4,7}
2. Demensiyalı xəstələrin müayinə metodları arasında hal-hazırda daha çox istifadə edilən maqnit rezonans tomoqrafiyadır (MRT) (A)³. Bu metod beyində baş verən anatomik struktur dəyişiklikləri aşkar edir^{3,4,5,7}
3. MRT üçün əks-göstərişi olan xəstələrə (beyində metallik implantatı və/və ya kardiostimulyatoru olan və ya klaustrofobiyaadan əziyyət çəkən şəxslər) KT (A)³ edilə bilər^{3,4,5,6}
4. MRT aşağıdakıları aşkar edir^{3,4,7}
 - ▶ AX zamanı hipokampda erkən atrofik dəyişikliklər
 - ▶ VD üçün xarakterik olan kortikal infarktlar, lakunar zədələnmələr, beynin ağ maddəsində dəyişikliklər
 - ▶ FTD zamanı beynin 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 atrofiyası

- ▶ Kroytsfeld-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 (**A**)^{3,4,5,10}
 - ▶ Qanın ümumi müayinəsi
 - ▶ Elektrolitlərin təyini (Na, K, Ca)
 - ▶ Qanda qlükozanın təyini
 - ▶ Qalıq azotun və kreatinin təyini
 - ▶ ALT, AST, qamma 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 görülə bilər^{3,4,5}

Neyropsixoloji müayinələr

1. Neyropsixoloji testləşdirmə aşağıdakılar üçün effektiv metod hesab edilir:
 - a) müxtəlif koqnitiv funksiyaların qiymətləndirilməsi. (**B**)^{3,11}
 - b) demensiyanın müxtəlif növlərinin diferensial diaqnostikası (**B**)^{3,11}
2. Neyropsixoloji testləşdirmə aşkar edir (**B**)^{3,5,7}
 - ▶ 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 icraetmə funksiyalarının pozulması

Diferensial diaqnostika

Cədvəl 3. Demensiyanın müxtəlif növlərinin diferensiasiyası
(geri döndərilə bilən hallar *kursivlə* verilib)⁴

Demensiyanın növü	Yayılmış (daha çox rast gəlinən) pozuntular	Nadir pozuntular
Degenerativ	Alsheymer xəstəliyi	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Levi cisimcikli demensiya ▶ Fronto-temporal demensiya ▶ Parkinson xəstəliyi ▶ Hentinqton xəstəliyi ▶ Kroyfeld-Yakob xəstəliyi
Serebrovaskulyar	<i>Xırda damarların diffuz zədələnməsi</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Amiloid anqiopatiya ▶ Çoxsaylı emboliya ▶ Diffuz hipoksik/işemik zədələnmə
Yeni törəmələr	<i>Metastatik zədələnmə</i>	▶ Beynin ilkin şişi
Travmatik	<i>Xronik subdural hematoma</i>	Aksonların diffuz zədələnməsi
Toksik	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Alkoqolizm</i> ▶ <i>Dərman preparatları</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Vernike-Korsakov sindromu</i> ▶ <i>B₁₂ vitamini defisiti</i> ▶ <i>Pellaqra</i> ▶ <i>E vitamini defisiti</i>
Endokrin	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Uremiya/dializ ilə əlaqədar demensiya ▶ Xronik hepatik ensefalopatiya 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Hipo/hipertirioz</i> ▶ <i>Kuşinq sindromu</i> ▶ <i>Addison xəstəliyi</i> ▶ <i>Hiperparatirioz</i>
İnfeksion		<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Sadə herpes virusu</i> ▶ <i>Laym xəstəliyi</i> ▶ QİÇS ▶ <i>TB/funqal meningiti</i>
Deminerləşəsiya	Yayılmış skleroz	

DEMENSİYASI OLAN PASİYENTLƏRİN MÜŞAHİDƏ VƏ MÜALİCƏSİ

Pasiyentlərin müayinəsi

1. Ümumi profilli həkim öz xəstəsinin intellektual-amnestik funksiyaları və davranışı barədə məlumatlanmalı və demensiyanın ilkin əlamətlərini identifikasiya etməyi bacarmalıdır (**A**)³ (*Əlavə 2*).
2. 65 yaş və daha yuxarı yaşlı xəstələrdə demensiya müayinələri aparılmalıdır. Yaddaş pozuntusu ilə bağlı şikayətlər bildirən bütün xəstələrdə, eyni zamanda xəstənin yaxınları tərəfindən yaddaş və intellektin enməsi, demensiya üçün xarakterik olan davranış pozuntularının aşkar olunması hallarında demensiya skriningi aparılmalıdır (**B**)⁷.
3. Demensiyanın müayinəsi zamanı Psixi Statusun Qısa Qiymətləndirilməsi şkalasının (MMSE) aparılması məsləhətdir (**B**)^{3,5,7} (*Əlavə 3*).
4. Demensiya əlamətlərini təyin etmək üçün ətraflı anamnestik məlumatların toplanılması, fiziki statusun müayinəsi, eyni zamanda laborator və instrumental müayinələrin (MRT) (**A**)³ aparılması mütləqdir. Onurğa beyin mayesinin və EEQ-nin (**B**)⁷ aparılması demensiyanın müayinəsi üçün tövsiyə edilmir^{4,5}.
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 (**A**)³ üçün riskin qiymətləndirilməsini həyata keçirməyi bacarmalıdır.
6. Demensiyaya şübhə olan bütün xəstələrdə depressiya skriningi, eyni zamanda deliriy skriningi aparılması məsləhətdir (**B**)⁷.

Deliriy aşağıdakılarla xarakterizə edilir⁴:

- ▶ 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 pasiyentlər öz xəstəliyi barədə informasiya vermək onlarda güclü disstres yarada bilər. Belə olan halda həkim tibbi sənədlərdə informasiyanın verilməməsinin səbəblərini qeyd etməlidir (C)^{7,10}.
3. Həkim aşağıdakı məlumatları xəstənin ailə üzvlərinin nəzərinə çatdırmalıdır^{7,10}:
 - ▶ 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.
 - ▶ Pasiyent 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 aparmalıdır⁴.
5. Yaddaşda yüngül pozuntular zamanı qeydlərdən və xatırlatma işarələrindən istifadə edilməlidir.
6. Pasiyentə sağlam həyat tərzi keçirməyi, sağlamlığının qeydinə qalması, pəhrizə əməl etməyi, fiziki hərəkətlər yerinə yetirməyi, somatik problemlərin yaranması zamanı dərhal buna reaksiya verməyi məsləhət görməlidir¹⁰.
7. Koqnitiv funksiyanın pozulması ilə bağlı mümkün riski müntəzəm olaraq qiymətləndirməlidir (sərbəst gəzintilər, səfərlər, tez alışan əşyalardan istifadə) (**B**)³.
8. Pasiyentlə birgə yaşayan şəxslərin qulluqla bağlı vəzifələrin öhdəsindən necə gəldiklərini qiymətləndirməli, onlarla əlaqə saxlamalı, onların emosional vəziyyətini izləməlidir (**C**)³.
9. Hüquqi və maliyyə məsələlərini müzakirə etməlidir (qəyyumluğun rəsmiləşdirilməsi, təqaüdün alınması və s.).

Qeyri-medikamentoz müdaxilələr

1. Aşağıda qeyd olunanlar demensiya xəstələrinin həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılmasında müsbət effekt göstərə bilər: gündəlik həyat fəaliyyətinin təşkilinə yönəlmiş müxtəlif davranış metodlarının istifadəsi, gündəlik rejimə riayət olunması, düzgün qidalanma, aqressiyanın və depressiyanın bürüzə verməsi istiqamətində müalicə rejimi üzərində nəzarətin həyata keçirilməsi.
2. Xəstənin ailə üzvlərinin pasiyentə düzgün yanaşması və qayğı göstərməsinin təlimi demensiya ilə bağlı ağırlaşmaların profilaktikası üçün faydalıdır.
3. Koqnitiv stimulyasiya: nitq funksiyalarının məşqi, simaların fotoşəkillərlə tanınması, əşyaların yadda saxlanması, koqnitiv funksiyaların yaxşılaşdırılmasının sadə metodu hesab edilir (**B**)⁷.

4. Ətraf mühitin təşkili dedikdə adaptasiyanın yüksəlməsi (ışığılandırma, vanna, xalı örtüklər və s.), təhlükəsizliyin qorunması, stressin azaldılması üçün şəraitin yaradılması başa düşülür. Bu isə demensiyalı xəstələrə pozitiv təsir göstərir.
5. Multisensor stimulyasiya – aromaterapiya, musiqi terapiyası, işıq terapiyası demensiyanın nisbətən yüngül ifadə olunmuş simptomları olan xəstələrə tətbiq edilə bilər⁷.
6. Reallığa əsaslanmış terapiya demensiyalı xəstələrə daim vaxtın, məkanın və ətraf mühitin yada salınmasına əsaslanır (**D**)⁷. Bu da bəzi xəstələrdə koqnitiv funksiyaların enməsinə zəiflədə bilər. Əks yanaşma da 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 demensiyalı 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 (**B**)⁷.

MEDİKAMENTOZ MÜALİCƏ

Asetilxolinesterazanın inhibitorları və NMDA (Əlavə 1)

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*) (**A**)^{4,5,7}.
2. Göstərilən preparatlar demensiyalı xəstələrin koqnitiv funksiyalarının enmə sürətini xeyli azalda bilər⁷.
3. Mövcud olan məlumatlara görə yuxarıda göstərilən asetilxolinesterazanın inhibitorları koqnitiv funksiyalara eyni

təsirə malikdir, lakin donepezil qəbul edən pasiyentlər daha nadir hallarda müalicələrini dayandırırılar.

4. Donepezil təyini AX, memantin isə VD diaqnozu təsdiq olunduğu vaxtdan başlayaraq həyata keçirilməlidir. Gözlənilən nəticələr və potensial əlavə təsirlər xəstənin özü və onun ailə üzvləri ilə müzakirə olunmalıdır (**A**)^{4,6,7}.
5. Donepezil və memantin ayrılıqda və ya birgə təyin edilə bilər. İlk dozadan başlayaraq tədricən (həftədə 1 dəfədən artıq olmayaraq) dozanı orta terapevtik dozaya çatdırmaq lazımdır (**B**)⁷.
6. Donepezil və memantin təyini zamanı vaxtaşırı olaraq koqnitiv proseslərin, digər psixi funksiyaların və davranışın eyni zamanda dərman terapiyasının əlavə təsirlərinin monitorinqi aparılmalıdır^{6,7}.

Antidepressantlar (Əlavə 1)

1. Demensiyalı xəstələrdə yavaş olan depressiyanın müalicəsi üçün ilkin seçim preparatları SİUSİ (sertralin, eşçitalapram, fluvoksam(in) (**D**)^{4,7} hesab edilir. Bunlar daha az əlavə təsirlərə malikdir.
2. Ajitəli depressiyanın əlamətləri aşkar olunmuş demensiyalı xəstələrə trazadon təyin edilə bilər^{4,7}.
3. Ahıl yaşda olan demensiyalı xəstələrdə metabolik proseslərin yavaşmasına görə antidepressantların plazmada səviyyəsi yüksələ bilər. Bu isə öz növbəsində antidepressant terapiyanın minimal dozalardan başlayaraq aramla artırılmasını tələb edir.
4. Trisiklik antidepressantlar, venlafaksin, mirtazapin* və fluoksetin* antixolinergik effektlər nəticəsində yaranan deliriumun mümkün inkişafı ilə əlaqədar olaraq demensiyalı xəstələrə təyin olunmamalıdır^{4,7}.

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Antipsixotik preparatlar (Əlavə 1)

1. Demensiyalı xəstələrdə psixotik simptomların (deliriy, sayıqlama, hallyusinasiyalar, aqressiya, ajitasiya) müalicəsi zamanı ilkin seçim preparatları atipik antipsixotiklər – olanzapin, risperidon və kvetiapin hesab edilir (**A**)^{4,7}.
2. Psixotik simptomlar olan demensiyalı xəstələrdə yalnız bir antipsixotik preparat minimal effektiv dozada 3-6 həftədən çox olmayan müddətə təyin edilməlidir (**A**)^{4,7}.
3. Demansiyaya şəkərli diabetlə və ya dislipidemiya ilə birgə rast gəlinməsi hallarında antipsixotik preparatların təyini zamanı ehtiyatlı olmaq tələb edilir.
4. Parkinsionizmlə xəstə olanların müalicəsi zamanı ilkin seçim preparatı kvetiapin hesab edilir.

Digər preparatlar (Əlavə 1)

1. Aspirin (kardioloji) – yanaşı olaraq ürək-damar xəstəlikləri olan VD-li xəstələrə təyin olunması məsləhət görülür⁷.
2. Niserqolin, beyin qan dövranını yaxşılaşdırır, VD-li xəstələrə təyin oluna bilər. Lakin bu preparatın demensiyanın digər növlərində təyini zamanı effektiv olmasını öyrənmək⁷.
3. Asılılıq yaranması riskini və koqnitiv funksiyaların pisləşməsinə nəzərə alaraq benzodiazepinlər demensiyalı xəstələrə uzun müddətə təyin olunmamalıdır (**D**)^{4,7}.
4. Hidroksilörökvin (**B**), prednisolon (**A**), melatonin*, estrogen (**B**), selegilin* (**A**), fizostiqmin*, ginkobeloba və pirasetam – demensiyanın müalicəsində effektiv deyil və təyinat üçün məsləhət olunmur.

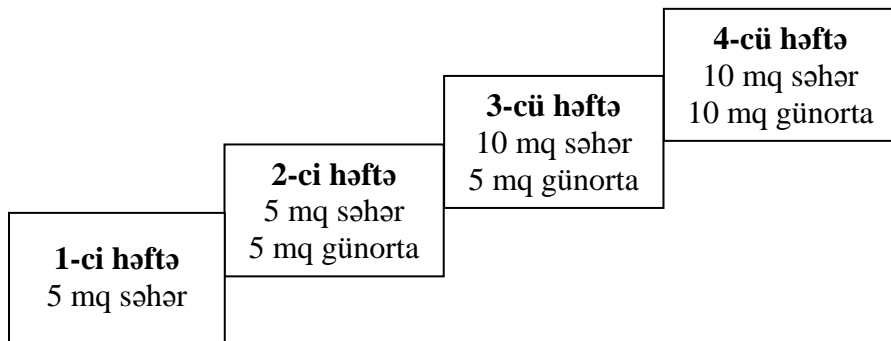
* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

Demensiyanın müalicəsində istifadə edilən preparatlar

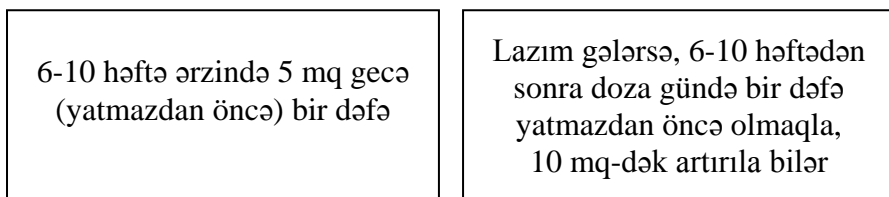
Beynəlxalq patentləşdirilmiş adı	Ticarət adı, buraxılış forması	Başlanğıc doza (mq/gün)	Adı doza (mq/gün)
Asetilxolinesterazanın inhibitorları (ASXI) və N-metil-D-aspartat (NMDA)			
Donepezil	donezil 5mq, 10 mq örtülü tablet; alzepil 5mq, 10 mq örtülü tablet;	5	5-10
Qalantamin	remenyl 2 mq, örtülü tablet;	4	8-16
Rivastiqmin	ekselon 2 mq, kapsula;	3	6
Memantin	demantin 10 mq, örtülü tablet; mentiklin 10 mq, örtülü tablet; alçeba 10 mq, örtülü tablet	5	10-20
Serotoninin intraneyronal udulmasının seçici inhibitorı (SIUSİ) və trazadon			
Essitalopram	sipraleks 10 mq örtülü tablet; deploram-S 10 mq, 20 mq örtülü tablet; esçita 10 mq örtülü tablet	10	10-20
Sertralin	stimulton 50 mq, 100 mq örtülü tablet; zoloft 50 mq, 100 mq örtülü tablet	50	50-200
Fluvoksamin	fevarin 50 mq, 100 mq örtülü tablet	50	150
Trazodon	trittiko 50 mq örtülü tablet	50	150-300
Antipsixotik preparatlar (neyroleptiklər)			
Kvetiapin	ketilept 100 mq, 200 mq örtülü tablet	50	100-300
Olanzapin	roksizapin 5 mq, 10 mq örtülü tablet; olankline 2,5 mq, 5mq, 10 mq tablet; zolaksa 5 mq, 10 mq oral tablet	5	5-20
Risperidon	rispolept 2 mq tablet; rispolept* oral 30 ml maye	0,5-1	2-6
Diğərləri			
Niserqolin	sermion 5 mq, 10 mq, 30 mq tablet;	15	30

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitələri

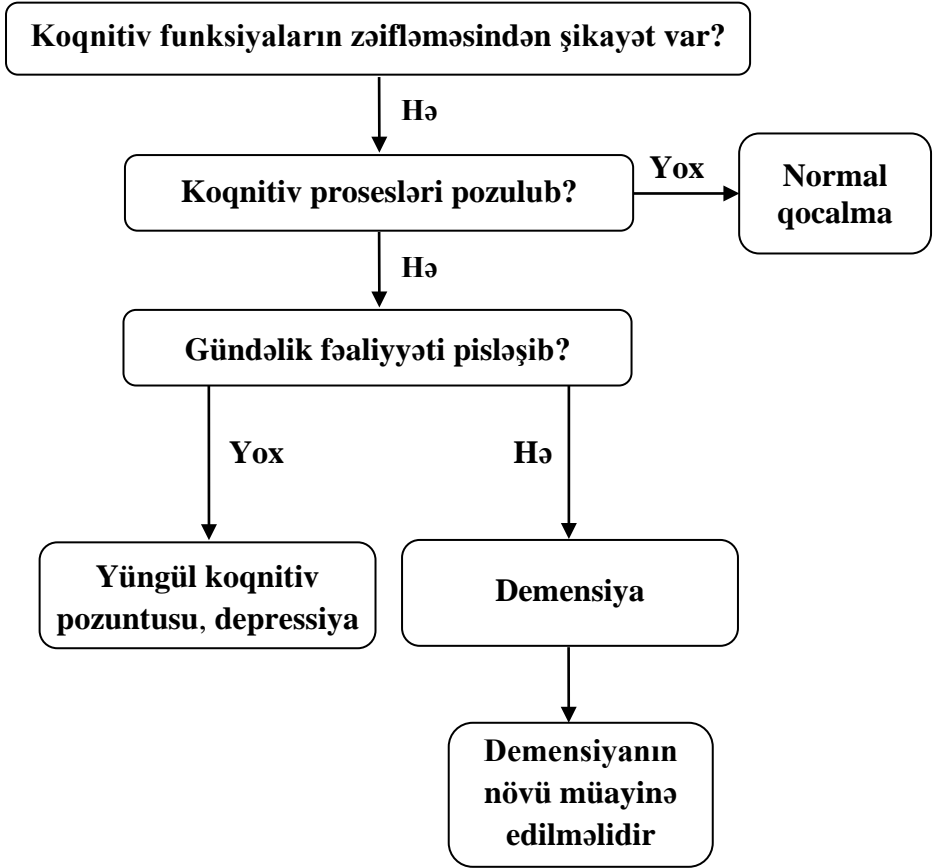
Memantin dozalanması



Donepezil dozalanması

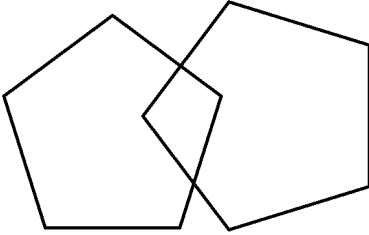


Demensiya üçün diaqnostik alqoritm



Psixi statusun qısa qiymətləndirilməsi şkalası (PSQQ)^{7,9}
(MMSE – Mini-Mental State Examination)

№	Sınaq	Bal	Maksimum ball
1.	Zaman bələdləliliyi (tarixi qeyd edin): A. Tarix B. Ay C. İl D. Həftənin günü E. Fəsil		Hər bir düzgün cavaba 1 ball ver Maks. ball 5
2.	Məkan bələdləliliyi (yeri qeyd edin) A. Küçə B. Ev C. Mərtəbə D. Şəhər E. Ölkə		Hər bir düzgün cavaba 1 ball ver Maks. ball 5
3.	Qavrama (3 əşyanı adlandırmaq, məsələn, “top”, “bayraq”, “qapı”, sonra pasiyentdən bu sözləri təkrarlamağı xahiş etmək – 5 sınaqdan çox olmamaq şərti ilə)		Hər bir düzgün cavaba 1 ball ver Maks. ball 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 ball ver Maks. ball 5
5.	Yaddaş (pasiyentə 3-cü bəndə təklif olunan 3 sözü yenidən deməyi xahiş etmək)		Hər bir düzgün cavaba 1 ball ver Maks. ball 3
6.	Nitq A. Saat və qələmi göstərərək onları adlandırmağı xahiş etmək. B. Cümləni təkrar etmək: “Heç vaxt heç vaxt demə”.		Hər bir düzgün cavaba 1 ball ver Maks. ball 3

7.	3 mərhələli tapşırığı yerinə yetirmək: “Sağ �l ilə vərəqi götür, onu ikiyə qatla v� stolun �st�n� qoy”		Hər bir düzgün cavaba 1 ball ver Maks. ball 3
8.	Oxumaq (vərəqdə “gözlərini yum” yazmaq v� pasiyentə oxuduğunu həyata keçirməyi təklif etmək		Maks. ball 1
9.	Yazmaq (pasiyentə isim v� feld�n ibarət olan cümlə yazmağı təklif etmək)		Maks. ball 1
10.	Kopiyalamaq 		Maks. ball 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. - 117 p. – 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.cccdt.ca/pdfs/Final_Recommendations_CCCDTD_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.: «Оверлайн», 1994. – 173 с. - Режим доступа: <http://bookap.info/genpsy/mkbbklin/> (19.04. 2013)