

# Demensiyanın diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol

F. İsmayılov<sup>1</sup>, R. Salayev<sup>1</sup>, A. İsmayılova<sup>1</sup>, Ş. İsmayılova<sup>2</sup>

Demensiya – koqnitiv funksiyanın enməsi ilə xarakterizə olunan baş beyin qazanılmış xəstəliyidir. Yaddaşın pisləşməsi əksər hallarda demensiya formasında olur, lakin koqnitiv funksiyaların pisləşməsi yaddaşla 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 təsiri ilə yaranan nevroloji və ya tibbi vəziyyətə aid olduğu ehtimal edilir.

**Açar sözləri:** demensiya, kəsilmə sindromu, Alsheymer xəstəliyi

## Giriş

Demensiya – koqnitiv funksiyanın enməsi ilə xarakterizə olunan baş beyin qazanılmış xəstəliyidir. Yaddaşın pisləşməsi əksər hallarda demensiya formasında olur, lakin koqnitiv funksiyaların pisləşməsi yaddaşla 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

### Yazışma üçün əlaqə: F.

İsmayılov<sup>1</sup>, R. Salayev<sup>1</sup>, A.

İsmayılova<sup>1</sup>, Ş. İsmayılova<sup>2</sup>

1. Azərbaycan Tibb

Universitetinin Psixiatriya

kafedrası

2. İctimai Səhiyyə və İslahatlar

Mərkəzi



Azərbaycan  
Daxili Xəstəliklər  
Dərnəyi Jurnalı

© AJİM and The Author(s) 2023. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

yaxud ağır metallar və ya digər zəhərlərin təsirlə yaranan nevroloji və ya tibbi vəziyyətə aid olduğu ehtimal edilir.

### **Təsnifat**

#### *Demensiyanın təsnifatı*

6D80 Alshaymer xəstəliyi nəticəsində demensiya – Alshaymer 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. Alshaymer 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 hərəkətililikdə dəyişikliklər və gecikmiş mərhələlərdə tutmalarla müşayiət edilə bilər. Pozitiv genetik test, ailə anamnezi və koqnitiv funksiyaların tədricən enməsi Alshaymer xəstəliyi səbəbilə demensiya ehtimalını göstərir. (XBT-10 kodu – F00)

- 6D80.0 Alshaymer xəstəliyi nəticəsində demensiya, erkən başlanğıcla - Simptomların 65 yaşdan öncə başladığı Alshaymer xəstəliyi nəticəsində demensiyadır. Nadir – 5 %-dən az hallarda rast gəlinir və irsi xarakter daşıyır (autosom-dominant Alshaymer 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 Alshaymer xəstəliyi nəticəsində demensiya, gec başlanğıcla - Simptomların 65 yaş və daha sonra başladığı Alshaymer xəstəliyi

nəticəsində demensiyadır. Bu 95% hallarda rast gəlinən ən əsas xüsusiyyətdir (XBT-10 kodu – F00.1)

- 6D80.2 Alshaymer xəstəliyi nəticəsində demensiya, serebrovaskulyar xəstəliklə qarışıq növ - Alshaymer xəstəliyi nəticəsində demensiya və yanaşı serebrovaskulyar xəstəliyin olmasıdır (XBT-10 kodu – F00.2)
- 6D80.3 Alshaymer xəstəliyi nəticəsində demensiya, digər qeyri-damar mənşəli - Alshaymer xəstəliyi nəticəsində demensiya və yanaşı qeyri-serebrovaskulyar xəstəliyin olmasıdır (XBT-10 kodu – F00.8)
- 6D80.Z Alshaymer 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 - Alshaymer 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 aqreqasiyası müəyyən edilmişdir. Başlanğıcı nəzərəçarpan 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 müştərekliyi 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 davamətmə 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 proqressivləşir. 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, civə 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 EEQ zamanı paroksizmal dəyişikliklər qeydə alınır. Qurğuşun, civə, süleymani zəhərlənmələri zamanı periferik neyropatiya aşkar edilə bilər (XBT-10 kodu – F02).
- 6D85.3 İnsan immun 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 bilər. Başlanğıc nəzərə çarpmır və sürətlə koqnitiv çatışmazlıq, ataksiya və motor simptomlar (miaklonus, xoreya, distoniya) yaranır. Diaqnoz adətən onurğa beyin mayesinde xarakter zülalların olması, EEQ, 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 səciyyələnir. Baş beyin travması huşun itirilməsi, amneziya, bələdliyin 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 beyin hansı nəhiyyəsinin zədələnməsindən və travmanın ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq dəyişə bilər, lakin diqqətin, yaddaşın, icraedici funksiyaların, təhlil sürətinin, sosial qavramanın və nitq qabiliyyətinin pozulması, şəxsiyyətin dəyişməsi 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, izoniqid) nəticəsində inkişaf edir. Pellaqranın əsas əlamətləri dəridə dəyişikliklər və diareyadır. Uzunmüddətli çatışmazlıq nəticəsində aqressivlik, hərəkəti pozuntular (ataksiya və narahatlıq), düşüncənin qaranıqlaşması 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 laqeydlilik 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) düşməncilik 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 laqeydlilik, 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 ağırliq dərəcəsini göstərmək üçündür:
- XS5W – yüngül dərəcəli demensiya
- XS0T – orta dərəcəli demensiya
- XS25 – ağır dərəcəli demensiya

### **Demensiyanın risk faktorları**

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

### **Epidemiologiya**

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

### **Müayinə**

#### *Pasiyentlərin müayinəsi*

1. Ümumi profilili 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 bildirən 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 skriningi, eyni zamanda deliriy skriningi 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 çəşqınlıq 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 aparmalıdır.

5. Yaddaşda yüngül pozuntular zamanı qeydlərdən və xatırlatma işarələrindən istifadə edilməlidir.

6. Pasiyentə sağlam həyat tərzini keçirməyi, sağlamlığının qeydinə qalması, pəhrizə əməl etməyi, fiziki

hərəkətlər yerinə yetirməyi, somatik problemlərin yaranması zamanı dərhal buna reaksiya verməyi məsləhət görməlidir.

7. Koqnitiv funksiyanın 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. İlk səhiyyə sistemində çalışan terapevtlər, ailə həkimləri və sahə həkimləri aşağıda göstərilən hallarda demensiyadan əziyyət çəkən 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 demensiya xəstələrin aparılmasının ümumi prinsipləri

1. Demensiyası olan pasiyentlər növü, ağırlıq dərəcəsi, yaranma tezliyi də daxil olmaqla digər (qeyri-koqnitiv) psixopatoloji simptomların mövcudluğuna dair müayinədən keçməlidirlər.
2. Demensiyası olan pasiyentlər demensiyanın gedişini ağırlaşdıracaq ağrı da daxil olmaqla somatik xəstəliklərin mövcudluğuna dair müayinədən keçməlidirlər.

3. Demensiyası olan pasiyentlər konkret koqnitiv funksiyaların müəyyən edilməsi üçün testlər vasitəsilə müayinə edilməlidirlər.

4. Demensiyası 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. İfade 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 monitorinq aparmaq lazımdır.

10. Təkrar simptomlar yarandıqda bütün ehtiyat tədbirlərinə riayət etmək şərti ilə 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 saxlanması, koqnitiv funksiyaların yaxşılaşdırılmasının sadə metodu hesab edilir.
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 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 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.

### **Diagnozika**

#### **Instrumental 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 atrofiyası
- 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 düşünce 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, 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 görülməlidir

### **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 icraetmə funksiyalarının pozulması

### **Müalicə**

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).
2. Göstərilən preparatlar demensiyalı 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 olunduğu 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. İlkin dozadan başlayaraq tədricən (həftədə 1 dəfədən artıq olmayaraq) dozanı 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 1)**

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 isə öz növbəsində antedepressant 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 1)

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 1)

1. Aspirin (kardioloji) – yanaşı olaraq ürək-damar xəstəlikləri olan VD-li xəstələrə təyin olunması məsləhət görülür.
2. Demensiyalı 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 koqnitiv funksiyaların pisləşməsinə nəzərə alaraq benzodiazepinlər demensiyalı xəstələrə uzun müddətə təyin olunmamalıdır.
4. Hidroksiklorokvin, prednisolon, melatonin, estrogen, selegilin, fizostiqmin, ginkobeloba və pirasetam – demensiyanın müalicəsində effektiv deyil və təyinat üçün məsləhət olunmur.

**CƏDVƏLLƏR Demensiyanın müalicəsində istifadə edilən preparatlar**

| Demensiyanın müalicəsində istifadə edilən preparatlar                           |                                                                                                                                                            |                          |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------|
| Beynəlxalq patentləşdi-rilmiş adı                                               | Ticarət adı, buraxılış forması                                                                                                                             | Başlanğıc doza (mq/ gün) | Adi doza (mq/ gün) |
| <b>Asetilxolinesterazanın inhibitorları (ASXI) və N-metil-D-aspartat (NMDA)</b> |                                                                                                                                                            |                          |                    |
| <b>Donepezil</b>                                                                | Alzepil 5mq, 10 mq örtülü tablet;<br>Yasnal 5 mq, 10 mq tablet<br>Alzanceer İziTab 5 mq, 10 mq ağız boşluğunda həll olan tablet                            | 5                        | 5-10               |
| <b>Galantamine</b>                                                              | Remenyl 2 mq, örtülü tablet;                                                                                                                               | 4                        | 8-16               |
| <b>Rivastiqmine</b>                                                             | Ekselon 2 mq, kapsula;                                                                                                                                     | 3                        | 6                  |
| <b>Memantine</b>                                                                | Mexia 10, 20 mq örtüklü tablet;<br>Tinqreks 10 mq tablet;<br>Polmatin 10 mq örtüklü tablet;<br>Maruksa 10 mq, 20 mq tablet;                                | 5                        | 10-20              |
| <b>Antidepressantlar</b>                                                        |                                                                                                                                                            |                          |                    |
| <b>Escitalopram</b>                                                             | Sipraleks 10 mq örtüklü tablet;<br>Estolam 10 mq, 20 mq örtüklü tablet;<br>Elisea 10 mq, 20 mq tablet;<br>Esçita 10 mq, 20 mq örtülü tablet;               | 10                       | 10-20              |
| <b>Sertraline</b>                                                               | Stimuloton 50 mq, 100 mq örtülü tablet;<br>Zoloft 50 mq, 100 mq örtülü tablet                                                                              | 50                       | 50-200             |
| <b>Trazodone</b>                                                                | Trittiko 50 mq örtülü tablet                                                                                                                               | 50                       | 150-300            |
| <b>Atipik antipsixotik vasitələr</b>                                            |                                                                                                                                                            |                          |                    |
| <b>Risperidone</b>                                                              | Rispaksol 2 mq, 4 mq örtüklü tablet;<br>Rileptid 2 mq, 4 mq örtüklü tablet;<br>Torendo 2 mq, 4 mq tablet                                                   | 1-2                      | 3-6                |
| <b>Olanzapine</b>                                                               | Egolanza 5 mq, 10 mq tablet;<br>Zolaksa 5 mq örtüklü tablet;<br>Zolaksa ODT 5 mq, 10 mq sorma tablet;<br>Zalasta 5 mq, 10 mq tablet;                       | 5-10                     | 5-20               |
| <b>Aripiprazole</b>                                                             | Abizol 5 mq, 10 mq, 15 mq örtüklü tablet;<br>Aripegis 10 mq, 15 mq tablet;<br>Aribit 10 mq tablet;<br>Zilaksera 5 mq, 10 mq, 15 mq tablet                  | 10-15                    | 10-30              |
| <b>Quetiapine</b>                                                               | Ketilept 100 mq, 200 mq örtüklü tablet;<br>Kventiaxs SR 25 mq, 150 mq, 200 mq, 300 mq tablet;<br>Keday XR 50, 150, 200 mq uzunmüddətli təsirə malik tablet | 25-200                   | 200-800            |
| <b>Trankvilizator</b>                                                           |                                                                                                                                                            |                          |                    |
| <b>Buspirone</b>                                                                | Spitomin 5 mq, 10 mq                                                                                                                                       | 5-10                     | 10-20              |

**BİBLİOQRAFİK SİYAHİ**

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/pressrel/iz/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](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](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](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.: 14. «Оверлайн», 1994. – 173 с. - Режим доступа: <http://bookap.info/genpsy/mkbklin/> (19.04. 2013)

### Əlavə məlumatlar.

#### Müəlliflərin töhfələri.

Konsepsiya və dizayn, Məlumatların əldə edilməsi, təhlili və ya təfsir, Əlyazmanın tərtibi, Əlyazmanın mühüm intellektual məzmun üçün tənqidi təftişi, Statistik təhlil, Məlumatların idarəedilməsi, Araşdırma, Əldə edilmiş dəstək, maliyyə və nəzarət: bütün müəlliflər bərabər qaydada. Müəlliflər yekun əlyazmanı oxuyub və təsdiq edib.

#### Maliyyələşdirmə.

Məqalənin hazırlanması məqsədilə aparılan təhlil və araşdırmalar üçün heç bir kənar maliyyə əldə edilməmişdir. Heç bir digər qurum və ya sponsor təşkilatlararaşdırmanın və ya tədqiqatın və ya təhlilin

dizaynı və aparılmasında; məlumatların toplanması, idarə edilməsi, təhlili, məlumatların təfsirində, habelə əlyazmanın hazırlanması, nəzərdən keçirilməsi və ya təsdiqində heç bir rola malik olmayıb; əlyazmanın nəşrə təqdim edilməsi haqqında qərarların verilməsində iştirak etməmişdir.

**Məlumat və materialların əlçatanlığı.**

Təhlil zamanı istifadə olunan və/yaxud təhlil edilən məlumatlar (datalar) müəlliflərə və ya jurnalın redaksiyasına müraciət etməklə əldə edilə bilər.

**Bəyannamələr.****Etik Komitənin icazəsi və məlumatlı razılıq.**

Hər bir iştirakçıdan yazılı və ya uyğun olduqda şifahi

məlumatlı razılıq alınıb. Etik Komitə (JRİ, Azərbaycan) bu təhlili təsdiq edib.

**Maraqların toqquşması.**

Müəllif(lər) hər hansı maraqların toqquşmasını bəyan etməyiblər.

**Müəlliflərə dair təfərrüatlar.**

1. Azərbaycan Tibb Universitetinin Psixiatriya kafedrası
2. İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi

**Göndərilib:** 17 sentyabr 2024-ci il. **Qəbul edilib:** 18 sentyabr 2024-ci il. **Elektron nəşr:** 21 sentyabr 2024-ci il.