



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRINING BUYRUG'I

20 24_yil "09-" sentabr

№ 290

Toshkent sh.

Davolash profilaktika muassasalari uchun Milliy klinik protokol va Milliy klinik standartlarni tasdiqlash hamda tibbiyot amaliyotiga joriy etish to'g'risida

O'zbekiston Respublikasi Prezidenti huzurida 2024-yil 5-fevralda bo'lib o'tgan 9-son yig'ilish bayonida berilgan xalqaro tajriba asosida 300 ta klinik protokol va standartlarni ishlab chiqish topshirig'i ijrosini ta'minlash maqsadida, **buyuraman:**

1. Davolash profilaktika muassasalarida ko'rsatiladigan ambulator, statsionar yordam xususiyatlari hamda tibbiy yordam ko'rsatish hajmidan kelib chiqib 38 ta tibbiyot yo'nalishlaridan 110 ta nozologiyalari bo'yicha xorijiy tajriba asosida ishlab chiqilgan Milliy klinik protokollar **ro'yxati 1-ilovaga;**

2. Sog'liqni saqlash vazirligining joriy yil 29-martdagi 107-son hamda 14-iyundagi 195-son buyruqlari bilan tasdiqlangan 31 ta tibbiyot yo'nalishlaridan 71 ta nozologiyalar bo'yicha Milliy klinik protokollarga muvofiq ishlab chiqilgan Milliy klinik standartlar **ro'yxati 2-ilovaga muvofiq tasdiqlansin.**

3. Tibbiy yordamni tashkillashtirish departamenti (U.Gaziyeva), Onalik va bolalikni muhofaza qilish boshqarmasi (F.A.Fozilova), Xususiy tibbiyot va tibbiy turizmni rivojlantirish bo'limi (Sh.Gulyamov), Tibbiy sug'urta boshqarmasi (Sh.Almardanov), Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish bo'limi (S.Ubaydullayeva), Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari, Tibbiyot oliy ta'lim muassasalari rahbarlari, Sog'liqni saqlash vazirligining Bosh mutaxassis (konsultant)lari:

mazkur buyruqning 1- va 2-ilovalaridagi Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni barcha davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalariga yetkazilishi ta'minlansin.

4. Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish bo'limi (S.Ubaydullayeva), Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari, Tibbiyot oliy ta'lim muassasalari rahbarlari, Sog'liqni saqlash vazirligining Bosh mutaxassis (konsultant)lari,

Barcha davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalarida ko'rsatiladigan ambulator va statsionar yordam xususiyatlari hamda tibbiy yordam ko'rsatish hajmidan kelib chiqib 3 oy muddatda 1-ilovadagi 38 ta tibbiyot

yo'nalishlaridan 110 ta nozologiyalari bo'yicha ishlab chiqilgan Milliy klinik protokollarga muvofiq Milliy klinik standartlari ishlab chiqilsin va tasdiqlansin;

2025-yil 10-yanvarga qadar mazkur buyruqning ilovalarida keltirilgan nozologiyalar bo'yicha ishlab chiqilgan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni barcha davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalarining amaliyotiga bosqichma-bosqich joriy qilinsin, **bunda:**

Sog'liqni saqlash vazirining 2024-yil 23-fevraldagi 52-son buyrug'idagi Metodologiyaning ikkinchi bosqichiga muvofiq mazkur buyruq bilan tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarning mazmun mohiyati yuzasidan onlayn/oflayn o'quv-seminarlar, master-klasslar o'tkazilsin;

Metodologiyaning uchinchi bosqichiga muvofiq mazkur buyruq bilan tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarga bo'yicha tashxislash va davolash jarayonini olib borishni yo'lga qo'yish maqsadida baholash va monitoringni o'tkazish orqali amaliy yordam ko'rsatish ishlari olib borilsin.

5. Fan-ta'lim va innovatsiyalar boshqarmasi (O'.Ismailov) tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni 2025-2026 o'quv yilidan boshlab O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tizimidagi tibbiy oliy ta'lim muassasalarining bakalavriat, magistratura, klinik ordinatura bosqichlari, shuningdek shifokorlarni qayta tayyorlash va malakasini oshirish bo'yicha o'quv dasturlariga kiritilgan holda ta'lim jarayonini tashkil qilinishini ta'minlasin.

6. Qoraqalpog'iston Respublikasi sog'liqni saqlash vaziri, viloyatlar va Toshkent shahar sog'liqni saqlash boshqarmalari boshliqlariga mazkur buyruq bilan tasdiqlangan nozologiyalar bo'yicha Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalarida amaliyotga joriy etilishini nazorat qilish vazifasi yuklatilsin.

7. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tasarrufidagi barcha davolash-profilaktika muassasalari hamda respublika tibbiyot oliy ta'lim muassasalari rahbarlari Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni ishlab chiqish, amaliyotga joriy qilish yuzasidan o'quv seminarlar o'tkazish va monitoring jarayonlariga jalb etilgan mutaxassislarga yetarli shart-sharoit yaratish, qonunchilikda belgilangan tartibda rag'batlantirib borish choralarini ko'rsin.

8. Nazorat inspeksiyasi (A.Alijonov) rejali va rejadan tashqari tekshirishlarda tasdiqlangan nozologiyalar bo'yicha Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarning tibbiyot amaliyotiga joriy etilishi hamda ularga rioya qilinishi ustidan nazorat o'rnatish vazifasi yuklatilsin.

9. Raqamli texnologiyalarni joriy etish va muvofiqlashtirish bo'limi (N.Eshnazarov) tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni vazirlikning rasmiy veb-saytiga joylashtirish choralarini ko'rilsin.

10. Matbuot xizmati bo'limi (F.Sanayev) tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni mazmun mohiyatini ommaviy axborot vositalari orqali targ'ibot qilishni ta'minlasin.

11. Mazkur buyruq qabul qilinishi munosabati bilan Sog'liqni saqlash vazirining 2023-yil 13-dekabrda "Davolash profilaktika muassasalari uchun klinik protokollar va standartlarni tasdiqlash to'g'risida"gi 322-son buyrug'i o'z kuchini yoqotgan deb topilsin.

12. O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirining 2021-yil 30-noyabrda "Davolash-profilaktika muassasalari uchun klinik bayonnomalar hamda kasalliklarni tashxislash va davolash standartlarini tasdiqlash to'g'risida"gi 273-son buyrug'ining tegishli ilovalaridagi nozologiyalari mazkur buyruqning 3-ilovasidagi klinik protokollar va standartlari nozologiyalarining ro'yhati joriy yilning 20-noyabridan boshlab o'z kuchini yoqotgan deb topilsin.

13. Mazkur buyruq ijrosining nazorati vazir o'rinbosari F.Sharipov zimmasiga yuklansin.

Vazir v.b.



A.Xudayarov

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirligi
2024 yil "9" sentabrdagi
290-sonli buyrug'iga
1-ilova

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI**

**“ALSGEYMER KASALLIGI VA DEMENSIYA”
NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

Toshkent 2024



"TASDIQLAYMAN"

Toshkent tibbiyot

akademiyasi rektori v.v.b

Boymuradov Sh.A.

[Handwritten signature]

X. 2024 yil

**“ALTSGEYMER KASALLIGI VA DEMENSIYA” NAZOLOGIYASI BUYICHA MILLIY
KLINIK PROTOKOLLAR.**

Toshkent 2024

Mundarija

“ALSGEYMER KASALLIGI VA DEMENSIYA” NOZOLOGIYASINING TASHXISLASH VA DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOLI....	5
“ALSGEYMER KASALLIGI” NOZOLOGIYASINING TIBBIY ARALASHUVLARI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	25
“ALSGEYMER KASALLIGI” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TIBBIY PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYASI MILLIY KLINIK PROTOKOL.....	29

**“ALSGEYMER KASALLIGI VA DEMENSIYA”
NOZOLOGIYASINING TASHXISLASH VA DAVOLASH MILLIY
KLINIK PROTOKOLI**

1. Kirish qismi

Xalqaro kasalliklar tasnifi KXT-10 shifrlari:

G30.0	Presenil tippli Alsgeymer kasalligi
G30.1	Senil tipli Alsgeymer kasalligi
G30.8	Alsgeymer kasalligining boshka shakllari
G30.9	Alsgeymer kasalligining noanik shakli
Havola: https://mkb-10.com/index.php?pid=5098	

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko‘rib chiqish sanasi: 2024 yil, qayta ko‘rib chiqish sanasi 2027 yil yoki yangi asosiy dalillar paydo bo‘lishi bilan. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan har qanday tuzatishlar tegishli hujjatlarda e‘lon qilinadi.

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas‘ul muassasa:

Toshkent tibbiyot akademiyasi.

MILLIY PROTOKOL VA STANDARTLARNI ISHLAB CHIQISHDA XISSA QO‘SHGANLAR:

Mualliflar ro‘yxati:

1.	Tolibov D.S.	Tibbiyot fanlari doktori (DSc), Toshkent tibbiyot akademiyasi "Nevrologiya va tibbiy psixologiya kafedrasida dotsenti.
2.	Rahimbaeva G.S.	Tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent tibbiyot akademiyasi "Nevrologiya va tibbiy psixologiya" kafedrasida kafedra mudiri.
3.	Majidova Yo.N.	Tibbiyot fanlari doktori, professor, ToshPTI "Nevrologiya, bolalar nevrologiyasi va tibbiy genetika" kafedrasida kafedra mudiri.
4.	Nurmuxamedova M.A.	t.f.n., ToshPTI Nevrologiya, bolalar nevrologiyasi va tibbiy genetika kafedrasida dotsenti

Taqrizchilar:

1.	Muratov F.X.	Tibbiyot fanlari doktori, Toshkent tibbiyot akademiyasi "Nevrologiya va tibbiy psixologiya" kafedrasida professori .
2.	Raimova M.M.	Tibbiyot fanlari doktori, TDSI asab kasalliklari kafedrasida professori.

Klinik bayonnomada oliy ta‘lim muassasalari professor-o‘qituvchilari, O‘zbekiston nevropatologlar assotsiatsiyasi a‘zolari, sog‘liqni saqlash tashkilotchilari, viloyat muassasalari shifokorlari ishtirokidagi ishchi guruhning yakuniy yig‘ilishida norasmiy kelishuvga erishilgan holda muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi. onlayn formatda 2024 yil 7 apreldagi 1-sonli protokol.

Ishchi guruh rahbari – tibbiyot fanlari doktori professor Rahimbaeva G.S.

Klinik bayonnomada Toshkent tibbiyot akademiyasi Ilmiy kengashi tomonidan ko‘rib chiqildi va tasdiqlandi » 2024 yil 01 may, 5-sonli bayonnomada.

Ilmiy kengash raisi – tibbiyot fanlari doktori, professor Sh.A.Boymurodov.

Texnik ko‘rib chiqish va tahrirlash

1.	Azimova N.M.	
----	--------------	--

O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi huzuridagi Ekspertlar guruhi mutaxassislarining ekspert bahosi:

Ushbu klinik bayonnoma vazir o‘rinbosari, tibbiyot fanlari doktori F.Sharipov, Tibbiy sug‘urta bo‘limi boshlig‘i Sh.Almardanov, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish bo‘limi boshlig‘i, f.f.d Tibbiyot fanlari. S.Ubaydullaeva, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish bo‘limi bosh mutaxassislari Sh.Nurimov, S.Usmonov va G.Djumaeva.

QISQARTMALAR RO‘YXATI

AG - arterial gipertenziya
ALT - alanin aminotransferaza
AST - aspartat aminotransferaza
AD - Alsgeymer kasalligi
CJD - Creutzfeldt-Jakob kasalligi
OIV - inson immunitet tanqisligi virusi
UASh - umumiy amaliyot shifokori
Universitet - oliy o‘quv yurti
DHEA-s - dehidroepiandrosteron sulfat
GAT - gormonlarni almashtirish terapiyasi
Elishay - ferment immunoassay
XI - xolinesteraza ingibitorlari
KT - kompyuter tomografiyasi
KXT-10 - Kasalliklarning xalqaro tasnifi 10
MRT - magnit-rezonans tomografiya
SBYQD - steroid bo‘lmagan yallig‘lanishga qarshi dorilar
TQR - to‘liq qon ro‘yxati
UST - umumiy siydik tahlili
SPECT - yagona fotonli emissiya kompyuter tomografiyasi PI
BTYo- birlamchi tibbiy yordam
BPSD - demensiyaning xulq-atvor va ruhiy belgilari
PET - pozitron emissiya tomografiyasi
RKT - randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar
REG - reoensefalografiya
QT - qon tomir
MOS - miya omurilik suyuqligi
FTD - frontotemporal demensiya
EKG - elektrokardiografiya
EhoEG - ehoensefalografiya

Klinik protokol foydalanuvchilari:

1. Nevrologlar
2. Umumiy amaliyot shifokorlari
3. Kardiolog
4. Anesteziolog-reanimatolog
5. Tibbiy reabilitatsiya shifokorlari

7. Fizioterapevt
8. Dietisen
9. Psixiatr
10. Tibbiy laborantlar
11. Sog'liqni saqlash tashkilotchilari
12. Klinik farmakologlar
13. Tibbiyot universiteti talabalari, klinik ordinatlari, magistrarlari, aspirantlari, o'qituvchilari

Bemorlarning toifalari: Kognitiv buzilishlari bilan og'riqan bemorlar.

Dalillarning isbotlanganlik darajasini baholash shkalasi (tashxislash aralashuvlari uchun)

Dalillarning isbotlanganlik darajasi	
1	Yo'naltiruvchi usul bilan boshqariladigan tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
2	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar bundan mustasno, mos yozuvlar usuli bilan boshqariladigan individual tadqiqotlar yoki individual randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
3	Mos yozuvlar usuli bilan ketma-ket nazorat qilinmagan tadqiqotlar yoki tadqiqot usulidan mustaqil bo'lmagan mos yozuvlar usuli bilan tadqiqotlar yoki tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kohort tadqiqotlari
4	Taqqoslanmaydigan tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi
5	Faqat harakat mexanizmini asoslash yoki mutaxassislarning fikri mavjud

Dalillarning isbotlanganlik darajasini baholash shkalasi (profilaktika, davolash va reabilitatsion tadbirlar uchun)

Dalillarning isbotlanganlik darajasi	
1	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tahlillarni tizimli ko'rib chiqish
2	Shaxsiy randomizatsiyalangan klinik tahlillar va meta-tahlilli randomizatsiyalangan klinik tahlillar bundan mustasno, har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
3	Tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki bir qator holatlar tavsifi, ishlarni nazorat qilish bo'yicha tadqiqotlar
5	Aralashuvning ta'sir mexanizmi (klinikadan oldingi tadqiqotlar) yoki mutaxassislarning fikri uchun asos mavjud

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi	
A	Kuchli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilgan ishlash me‘zonlari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega va qiziqish natijalari bo‘yicha ularning xulosalari izchil)
B	Shartli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilgan ishlash me‘zonlari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va / yoki ularning qiziqish natijalari bo‘yicha xulosalari izchil emas)
C	Zaif tavsiya (tegishli sifat dalillarining yetishmasligi (barcha ko‘rib chiqilgan ishlash me‘zonlari (natijalari) ahamiyatsiz, barcha tadqiqotlar uslubiy sifati past va ularning qiziqish natijalari bo‘yicha xulosalari izchil yemas)

Kirish <https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-and-dementia/alzheimers-disease-fact-sheet>

Alsgeymer kasalligi (AK) progressiv neyrodegenerativ bosh miya kasalligi bo'lib, odamning xotirasini va kundalik faoliyatni bajarish qobiliyatini asta-sekin kamaytiradi. Alsgeymer kasalligi o'sib ulg'aygan sayin, ba'zi odamlar shaxsiyat va xulq-atvorda o'zgarishlarga duch kelishadi. Alsgeymer kasalligi belgilarining paydo bo'lishiga qarab, kasallikning davomiyligi 3 yildan 20 yilgacha o'zgarishi mumkin. Shu bilan birga, demensiyagacha bo'lgan kognitiv funksiyalarning chuqurlashishi miya hujayralari o'limining ko'payishi bilan bog'liq va o'z-o'zidan o'limga olib kelishi mumkin. Alsgeymer kasalligi bilan og'rigan bemorlar boshqalarning g'amxo'rlikiga muhtoj. Xalqaro Alsgeymer kasalligi (XAK) ma'lumotlariga ko'ra, tadqiqotlar 2010 yilda 36 million kishini tashkil etgan demensiya bilan kasallanishning ko'payishini ko'rsatdi. Prognoz ma'lumotlariga ko'ra, bu ko'rsatkich har 20 yilda ikki baravar ko'payadi va 2030 yilga kelib demensiya bilan kasallanish 66 million kishiga, 2050 yilga kelib 115 millionga etadi. Shu kungacha O'zbekistonda Alsgeymer tashxisi tasdiqlangan 45 ming kishi ro'yxatga olingan. Alsgeymer bilan og'rigan bemorlarning o'rtacha yoshi $66,7 \pm 7,8$ yil. O'zbekiston Respublikasida bemorlarning umr ko'rish davomiyligi klinik belgilar boshlanganidan keyin o'rtacha 5-10 yilni tashkil etadi.

Demensiya kognitiv buzilishning uzoq, ko'p yillik rivojlanishi natijasidir. Yengil va hatto o'rtacha og'ir demensiya klinik amaliyotda kam tashxis qo'yilgan. Alsgeymer kasalligining rivojlanishini tezlashtiradigan yoki sekinlashtiradigan ko'plab omillar mavjud. Alsgeymer kasalligining rivojlanishiga hissa qo'shadigan o'ziga xos omillar hali ham noma'lum. Kasallikning dastlabki bosqichlarida va ayniqsa preklinik bosqichda ularning diagnostika aniqligi juda past. Amaliy nuqtai nazardan, kognitiv buzilishlarni imkon qadar erta aniqlash va davolashni boshlash tavsiya etiladi. Ma'lumki, klinikadan oldingi bosqichda Alsgeymer kasalligi bilan og'rigan bemorlar orasida yengil kognitiv buzilish sezilarli ulushga ega, bu patologik tadqiqotlar bilan tasdiqlangan. Yengil kognitiv buzilishning amnestik bo'lmagan shakli ham mavjud va u Alsgeymer kasalligiga emas, balki boshqa kasalliklarga, xususan, qon tomir demensiyasiga o'tishi mumkin. Bundan tashqari, ba'zi bemorlarda yengil kognitiv buzilish umuman preklinik demensiyaning anglatmaydi va qaytariladigan holatdir; Ushbu bemorlarning ba'zilar vaqt o'tishi bilan normal holatga qaytishi mumkin, boshqalari esa uzoq vaqt davomida barqaror bo'lib qoladi.

Shu sababli, mavjud bo'lgan eng so'nggi va keng qamrovli dalillarga asoslanib, Alsgeymer bilan og'rigan bemorlarni tashxislash, davolash va parvarish qilish bo'yicha dalillarga asoslangan tavsiyalarga shoshilinch ehtiyoj bor.

Ushbu protokol diagnostika, davolash sxemalari va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarning oldini olish bo'yicha tavsiyalarni o'z ichiga oladi. Uning chiqarilishi Alsgeymer muammosini o'rganish bilan shug'ullanadigan mutaxassislarining ham, ushbu aholi bemorlariga amaliy yordam ko'rsatadigan keng doiradagi boshqa shifokorlarning kundalik faoliyati uchun zarurdir.

Shunday qilib, kasallikni tashxislash va davolashda yagona yondashuvlar asosida samaradorlikni sezilarli darajada oshirish va bemorlarning hayot davomiyligi va sifatini oshirish mumkin.

Alsgeymer kasalligi ta'rifi.

<https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-and-dementia/alzheimers-disease-fact-sheet>

Alsgeymer kasalligi (AK) noma'lum etiologiyali miyaning umumiy birlamchi neyrodegenerativ kasalligi bo'lib, keksa bemorlarda kognitiv funksiyaning progressiv yomonlashuviga olib keladigan o'ziga xos nevropatologik xususiyatlar to'plamidir. AK yoshi va qarilik davrida boshlanishi, xotira buzilishi va boshqa kognitiv funksiyalarning intellektning to'liq yoq bo'lgunga qadar bosqichma-bosqich rivojlanishi bilan tavsiflanadi.

Alsgeymer kasalligi rivojlanishi uchun xavf omillari:

Alsgeymer kasalligi rivojlanishi uchun ma'lum xavf omillari	Alsgeymer kasalligi rivojlanishining taxminiy xavf omillari
- Keksa yosh - Oila tarixi - jins va gormonlarning ta'siri (ayollarda Alsgeymer kasalligi rivojlanish xavfi yuqori). - Genetik omillar	- ta'lim darajasi past - Oksidlanish va yallig'lanish stressi. - Chekish. - oldingi travmatik miya shikastlanishi - Kimyoviy moddalarga ta'sir qilish. - Depressiya - Giperxolesternimiya - Gipertenziya. - Qandli diabet - gomotsistein miqdorining oshishi

Alsgeymer kasalligi rivojlanishining patogenezi amiloid prekursor oqsili (APO) metabolizmining buzilishidir. Ushbu jarayonning asosiy bo'g'ini miya parenximasida amiloid plitalarining shakllanishi va cho'kishi hisoblanadi. Odatda, APO alfa-sekretaza fermenti tomonidan patogen bo'lmagan, ya'ni agregatsiyaga moyil bo'lmagan teng o'lchamdagi polipeptidlarga bo'linadi. Genetik jihatdan aniqlangan erta boshlangan AKda APOning a-sekretaza bilan parchalanish jarayoni buziladi va APOning b-sekretaza fermenti tomonidan parchalanishi yuqori molekular og'irlikdagi erimaydigan membrana oqsilining shakllanishiga olib keladi, uning yoq qilinishi. g-sekretaz ta'sirida amiloid oqsilining patologik izoformasi (Ab-42) hosil bo'lishiga olib keladi. Ab-42 miyada to'planib, hujayradan tashqari agregatlarning paydo bo'lishiga olib keladi - amiloid plitalari va neyrofibrillar chigallarning rivojlanishiga va AKning rivojlanishiga olib keladigan patologik jarayonlar kaskadini qo'zg'atadi. Beta-amiloid cho'kmasi va neyrofibrillar chigallar sinapslar va neyronlarning yoqolishiga olib keladi, bu esa o'z navbatida miyaning ta'sirlangan hududlarini qo'pol atrofiyaga olib keladi.

Alsgeymer kasalligini erta tashxislash butun dunyo bo'ylab ilmiy tadqiqot mavzusi bo'lib, nafaqat simptomatik davolashni o'z vaqtida boshlash muhimligi, balki kasallikning rivojlanishi bilan bemorlarning qarindoshlariga ijtimoiy-psixologik yordam ko'rsatish zarurati bilan ham bog'liq. Alsgeymer kasalligi (AK) kasallikning uzoq muddatli, nogironlik kursi, bemorlarni davolash va parvarish qilish uchun yuqori iqtisodiy xarajatlar bilan tavsiflanadi, bu ko'pincha ixtisoslashgan muassasalarda umrbod joylashtirishni talab qiladi. Demensiyaning og'irligini hisobga olgan holda, AK bilan og'rigan bemorlarga g'amxo'rlik qilishning umumiy qiymati kasallikning bosqichi bilan ortadi. Alsgeymer kech bosqichlari bo'lgan bemorlarni parvarish qilish uchun eng yuqori to'g'ridan-to'g'ri xarajatlar bemorlarni ixtisoslashtirilgan muassasalarga joylashtirish bilan bog'liq. Dastlabki yengil Alsgeymer bilan og'rigan bemorlarda asosiy xarajatlarni tejash kasallikning o'rtacha va og'ir shakllariga o'tish vaqtiga bog'liq. Kasallikni erta tashxislash va davolash bemorlar va hukumat uchun xarajatlarni tejashga, shuningdek, bemorlarning hayot sifatiga ta'sir qiladi.

AQSh Milliy Qarish Instituti mutaxassislarining ma'lumotlariga ko'ra, Alsgeymer kasalligi AQSh aholisining o'lim sabablari orasida 4-o'rinni egallaydi va bunday bemorlarning umumiy soni 4 millionga yaqin kishini tashkil qiladi. Alsgeymer kasalligida o'limning eng keng tarqalgan sababi pnevmoniyadir. Ushbu turdagi pnevmoniya bemorda yutish qiyin bo'lganida va oziq-ovqat zarralari yoki suyuqlik tasodifan o'pkaga kirganda paydo bo'ladi.

Alsgeymer kasalligining tasnifi.

https://www.wikidoc.org/index.php/Alzheimer%27s_disease_classification

Alsgeymer kasalligining zamonaviy tasnifi yoshga asoslangan. KXT10-versiyasiga (1992) muvofiq Alsgeymer kasalligining ikkita klinik turi ajratiladi:

1. Erta boshlangan Alsgeymer kasalligi, ya'ni. 65 yoshgacha (sinonimlari: 2-toifa Alsgeymer kasalligi, Alsgeymer tipidagi presenil demensiya) asosan presenil yoshda rivojlanadi, xotira, intellektual faollik va yuqori kortikal funksiyalarda buzilishlarning barqaror rivojlanishi bilan birga keladi va umumiy demensiyaning rivojlanishiga olib keladi. nutq, prakis va opto-fazoviy faoliyatning jiddiy buzilishlari bilan (afato-aprakto-agnostik demensiya). Demensiya sindromining tuzilishi va

asosiy klinik ko'rsatkichlariga ko'ra, u birinchi marta A. Alsgeymer (1906) tomonidan tasvirlangan kasallikka mos keladi va keyinchalik uning nomini oldi, ya'ni. AKning o'zi (keyingi o'rinlarda presenil AK deb yuritiladi).

2. Kech boshlangan Alsgeymer kasalligi, ya'ni. 65 yildan keyin (sinonimlar: 1-toifa Alsgeymer kasalligi, Alsgeymer tipidagi senil demensiya). Kasallik aksariyat hollarda qarilik yoki (kamroq) keksa yoshda boshlanadi, bunda xotiraning zaiflashishi, umumiy aqliy pasayish va shaxsiyatning o'zgarishi, barqaror rivojlanish bilan birga, umumiy pasayish bilan birga amnestik tipdagi umumiy demensiya rivojlanadi; yuqori kortikal funksiyalar, bu (presenil AKdan farqli o'laroq) nisbatan kamdan-kam hollarda og'ir kortikal fokal buzilishlar darajasiga etadi, 75 dan 85% gacha Alsgeymer tipidagi keksalik demensiyalari 65-85 yoshda boshlanadi, ammo erta klinik belgilar. Kasallikning 60 yoshgacha bo'lgan kichik bir qismida aniqlanishi mumkin. Kasallikning davomiyligi 4 yildan 15 yilgacha yoki undan ko'p.

Bundan tashqari, atipik Alsgeymer kasalligi va aralash turdagi demensiyaning ajratish mumkin, ya'ni. AK va qon tomir demensiya xos bo'lgan ko'rinishlarning kombinatsiyasi.

Diagnostika me'zonlari

<https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-symptoms-and-diagnosis/how-alzheimers-disease-diagnosed>

Shikoyatlar: xotiraning progressiv yomonlashuvi, oo'z shaxsiyatidagi dizorientatsiya, kundalik ko'nikmalarni yoqotish, kundalik hayotdagi qiyinchiliklar yoki xatti-harakatlarning o'zgarishi.

Tarix: asta-sekin intellektual pasayish, oilaviy tarix.

Klinik belgilar:

Kasallikning kechishi an'anaviy ravishda 3 asosiy bosqichga bo'linadi: yengil, o'rtacha va og'ir demensiya. Baz'ida 2 ta qo'shimcha bosqich mavjud - preklinik bosqich va o'rtacha-og'ir demensiya bosqichi (o'rtacha va og'ir o'rtasidagi oraliq).

Preklinik bosqich mnestik-intellektual pasayishning dastlabki belgilari, hodisalarni to'liq aks ettirmaslik, vaqtinchalik munosabatlarni aniqlashda va aqliy operatsiyalarda yengil qiyinchiliklar, ijtimoiy yoki kasbiy faoliyatning saqlanib qolishi yoki ozgina yomonlashishi bilan doimiy yengil unutish shaklida namoyon bo'ladi, kundalik faoliyatni to'liq saqlash.

Yengil demensiya bosqichida xotira buzilishi (ayniqsa, hozirgi voqealar uchun) kuchayadi va boshqalarga ayon bo'ladi va xronologik, shuningdek, geografik yunalishda qiyinchiliklar paydo bo'ladi. Aqliy operatsiyalarda aniq qiyinchiliklar paydo bo'ladi va mavhum fikrlash, umumlashtirish, hukm qilish va taqqoslash qobiliyati ayniqsa azoblanadi. Bemorlar endi mustaqil ravishda moliyaviy operatsiyalarni amalga oshira olmaydilar, yozishmalar yoki sayohat qila olmaydilar, garchi ular hali ham o'zlariga g'amxo'rlik qilish va katta darajada mustaqil yashash qobiliyatini saqlab qolishadi. Presenil AKda yuqori kortikal funksiyalarning buzilishi (nutq, praksis, optik-fazoviy faoliyat) allaqachon "yengil" demensiya bosqichida aniq zo'ravonlikka etadi. Senil Alsgeymer kasalligi, kasallikning presenil turidan farqli o'laroq, faqat amnestik kasalliklar bilan boshlanadi. Ikkinchisi ko'pincha shaxsiy tuzilmaning transindividual (qarilik) qayta tuzilishi yoki (kamroq) yoki bemorning xarakteristik xususiyatlarining keskin, ko'pincha grotesk keskinlashuvi ko'rinishidagi psixopatik tipdagi shaxsiy o'zgarishlar bilan birlashtiriladi. Faqat juda kamdan-kam hollarda, kasallikning boshidanoq, aqliy faoliyatning pasayishi va spontanlik belgilari aniq namoyon bo'ladi.

O'rtacha og'ir demensiya bosqichida amnestik sindromning namoyon bo'lishi yuqori kortikal funksiyalarning buzilishi bilan birga ustunlik qiladi, miyaning temporo-parietal qismlarining shikastlanishiga xosdir, ya'ni. dismneziya, disfaziya, dispraksiya va disgnoz belgilari. Ushbu bosqichda aniq xotira buzilishlari kuzatiladi, bu ham yangi bilimlarni olish va hozirgi voqealarni eslab qolish, ham o'tmishdagi bilim va tajribani o'z vaqtida va ko'pincha atrof-muhitga yunaltirish bilan bog'liq. Bemorlar endi mustaqil ravishda biron bir kasbiy yoki ijtimoiy mas'uliyatni bajara olmaydilar. Ular faqat oddiy oddiy uy ishlariga kirishlari mumkin, hatto oo'zlariga g'amxo'rlik qilishda ham doimiy yordam va yordamga muhtojdirlar. Keks turdagi Alsgeymer bilan og'ir bemorlar amnestik dizorientatsiya bilan tavsiflanadi, "vaziyatni o'tmishga o'tkazish" fenomeni, ya'ni. uzoq o'tmish

xotiralarining patologik tiklanishi va bemorlar o'zlarining o'tmishdagi odamlari sifatida qabul qiladigan boshqalarni noto'g'ri tan olishlari bilan.

Og'ir demensiya bosqichida bemorlarning ahvoli (kasallik turidan qat'iy nazar) chuqur xotira buzilishi bilan umumiy demensiya, to'liq fiksatsiya amneziyasi va jamiga yaqin amnestik dizorientatsiya bilan tavsiflanadi. Bemorlar vaqt va atrof-muhit haqidagi tushunchalarini butunlay yoqotadilar va o'zlarining shaxsiyati haqida juda yomon tasavvurga ega. Intellektual funktsiyalarning qulashi jiddiyligi shundaki, bemorlar mulohazalar va xulosalar chiqarish, og'zaki muloqot qilish, shuningdek, psixomotor qobiliyatlarni deyarli butunlay yoqotadilar. Ular mustaqil yashashga qodir emas va doimiy g'amxo'rlik va nazoratni talab qiladi. Og'ir demensiyaning yakuniy bosqichida (yakuniy yoki boshlang'ich holat) bemorlarning barcha aqliy faoliyati buziladi, og'ir nevrologik kasalliklar, ko'plab zo'ravon motor hodisalari, avtomatizmlar va ibtidoiy reflekslar, yig'lash va kulishning zo'ravonliklari, ko'pincha epileptik tutilishlar mavjud. majburiy ("embrion") postures va kontrakturalarning rivojlanishi. Og'ir keksa demensiya bilan og'rigan bemorlarda yakuniy bosqich odatda ba'zi somatik patologiyalar qo'shilgandan keyin rivojlanadi, ko'pincha pnevmoniya: bu fonda kaxeziya, og'ir degenerativ kasalliklar va homila holati tezda rivojlanadi.

Kognitiv buzilishlarga qo'shimcha ravishda, AK kursining turli bosqichlarida xulq-atvor va neyropsikologik alomatlar qayd etiladi, bu kognitiv buzilishlarga qaraganda bemorlarni kasalxonaga yotqizish uchun koo'proq xavf omilidir. Agressiya va boshqa xulq-atvor belgilari (maqsadsiz faoliyat, uydan chiqishga urinishlar, narsalarni saralash) bemorlarning o'zlari va ularga g'amxo'rlik qiluvchilarning hayot sifatini sezilarli darajada yomonlashtiradi. Nihoyat, demensiya bilan og'rigan bemorlarda xulq-atvor va neyropsikologik kasalliklar mavjudligi bemorlarga g'amxo'rlik qilish xarajatlarini statistik jihatdan sezilarli darajada oshiradi.

Demensiyaning shakllanishining turli bosqichlarida rivojlanishi bilan birga keladigan xulq-atvor va neyropsikologik kasalliklar AK bilan og'rigan bemorlarning 80% dan ko'prog'ida rivojlanishning u yoki bu bosqichida uchraydi. Ixtisoslashgan klinikalarning ambulatoriya bo'limlarida kuzatilgan bemorlarning taxminan yarmi va uy-joylardagi bemorlarning to'rttan uch qismi demensiyaning (BPSD) turli xulq-atvor va neyropsikologik belgilarini namoyon qiladi. Xulq-atvor belgilari odatda bemorni kuzatish paytida aniqlanadi va jismoniy tajovuz, qichqiriq, bezovtalik, qo'zg'alish, sargardonlik, umumiy qabul qilingan xatti-harakatlar normalarini buzish, jinsiy aloqada bo'lish, la'natlash va boshqalarni o'z ichiga oladi. Neyropsikologik alomatlar odatda bemor va oilasi bilan suhbat orqali baholanadi va tashvish, depressiya, gallyusinatsiyalar kasalliklarni o'z ichiga oladi.

AK bilan og'rigan bemorlarda xulq-atvorning aksariyat buzilishlarining zo'ravonligi demensiyaning zo'ravonligi bilan bog'liq bo'lsa, psixotik buzilishlarning paydo bo'lishi bemorning kognitiv va funksional holatining yomonlashishini taxmin qiladi. BPSD ning mavjudligi odatda bemorning uzoq muddatli tibbiy muassasaga tushish ehtimolini oshiradi, bu esa parvarishlash narxini sezilarli darajada oshiradi.

NINCDS-ADRDA (McKhan GD va boshq., 1984) (4-ilova), DSM-IV (APA, 1994), CERAD (Mirra SS va boshq., 1994) kabi xalqaro ekspert guruhlar tomonidan ishlab chiqilgan diagnostika ko'rsatmalariga muvofiq. JSST tomonidan tasdiqlangan Kasalliklarning xalqaro tasnifi, 10-qayta ko'rib chiqilgan, Alsgeymer umrbod diagnostikasi quyidagi majburiy belgilar mavjudligiga asoslanadi:

- demensiya sindromining mavjudligi;
- Kognitiv funksiyalarning ko'plab kamchiliklarini rivojlanishi, bu quyidagilarning kombinatsiyasi bilan belgilanadi: yangi ma'lumotlarni yodlash va / yoki ilgari o'rganilgan ma'lumotlarni takrorlashning yomonlashuvi va quyidagi 8 ta kognitiv buzilishlardan kamida bittasining mavjudligi bilan bog'liq xotira buzilishlari: afaziya; apraksiya; agnoziya; aqliy zaiflashuv;
- Xotira va kognitiv funksiyalardagi buzilishlar shu qadar aniq bo'lishi kerakki, ular bemorning ijtimoiy yoki kasbiy moslashuvini avvalgi darajasiga nisbatan pasayishiga olib keladi;
- Kurs buzilishlarning asta-sekin, nozik boshlanishi va barqaror rivojlanishi va kognitiv funksiyalarning pasayishi bilan tavsiflanadi;

har qanday boshqa kasallik yoki markaziy asab tizimining shikastlanishi, demensiya sindromini keltirib chiqarishi ma'lum bo'lgan tizimli kasallik yoki intoksikatsiya holatini ko'rsatadigan klinik yoki maxsus paraklinik tadqiqotlar ma'lumotlarining yetishmasligi (qarang. "Differensial diagnostika");

- sanab o'tilgan kognitiv buzilishlarning belgilari ahmoqlik holatidan tashqarida aniqlanishi kerak;

-Anamnestik ma'lumotlar va klinik tadqiqotlar ma'lumotlari aniqlangan kognitiv disfunktsiyalar va boshqa har qanday ruhiy kasalliklar (masalan, depressiya, shizofreniya, aqliy zaiflik va boshqalar) o'rtasidagi bog'liqlikni istisno qiladi.

1-jadval.

KXT-10 (1995) bo'yicha Alsgeymer kasalligining tashxislash me'zonlari

Alomatlar	Yuqori kortikal funksiyalarning bir nechta kamchiliklari, shu jumladan xotiraning buzilishi va kognitiv funksiyalardan kamida bittasi: • nutqlar • praksis (ijroiya faoliyati) • gnoz (optik-fazoviy faoliyat) • fikrlash
Ifoda qilish darajasi	Kasbiy yoki ijtimoiy faoliyatning yomonlashishi
Davomiyligi	Kamida 6 oy
Oqim	Odatda surunkali yoki progressiv
Sabablari	Miya kasalligi yoki umumiy holat (somatik kasallik, intoksikatsiya, shu jumladan dori-darmonlar), miya faoliyatiga ta'sir qilish uchun ikkinchi darajali
Cheklash me'zoni	Ongning buzilishi

Sanab o'tilgan diagnostika mezonlaridan foydalanish AK klinik tashxisining aniqligini 90-95% gacha oshirishga imkon berdi (Jellinger KA, Bancher C., 1994), ammo tashxisni ishonchli tasdiqlash faqat yordami bilan mumkin. neyromorfologik ma'lumotlar, odatda miyaning o'limdan keyingi tekshiruvi. Xalqaro ekspertlar guruhi (Mirra SS va boshq., 1993) tomonidan ishlab chiqilgan diagnostika ko'rsatmalariga muvofiq, Alsgeymer tipidagi demensiyaning (AK) morfologik diagnostikasi keksalik (neyritik) blyashka va neyrofibrilyar chigallarni miqdoriy baholashga asoslanadi. , tashxisni tasdiqlash uchun zarur bo'lgan neokorteks va / yoki gipokampusdagi minimal soni bemorning o'lim vaqtidagi yoshiga qarab o'zgaradi. Masalan, neokorteksning har qanday hududida qarilik (neyritik) blyashka soni (bir vaqtning o'zida neyrofibrillar chalkashliklari bilan) 50 yoshgacha kamida 2-5 / mm², yoshda esa 8 / mm² bo'lishi kerak. 50-65 yosh; 66-75 yoshda > 10/mm²; va 75 yoshdan oshgan shaxslar uchun > 15/mm². ADning majburiy diagnostik morfologik belgilarini aniqlash uchun ushbu miqdoriy ko'rsatkichlarning kiritilishi shunga o'xshash neyromorfologik o'zgarishlarni nafaqat AKda, balki demensiya belgilari bo'lmagan keksa odamlarda ham aniqlanishi mumkinligi bilan bog'liq, miya patologiyasi shakllari.

Jismoniy tekshiruv: Neyropsixologik yoki nevrologik tekshiruvda kortikal anomalialar.

Maxsus reyting shkalasi bo'lgan bemorlar uchun neyropsikologik testlar:

- Xachinskiy shkalasi (4- ilova)
- MMSE shkalasi (5- ilova)
- Demensiya/ bosqich shkalasi (CDR) Masshtab) (6-ilova)
- Kognitiv funksiyalarning umumiy pasayishi shkalasi (Reisberg bo'yicha) (7-ilova)
- Frontal disfunktsiya batareyasi (FAB) (8-ilova)
- Shulte testi (9-ilova)
- "5 so'z" testi (10-ilova)
- Alsgeymer kasalligini baholash shkalasi - Kognitiv kichik o'lchov (ADAS - COG) (11-ilova)

Nevrologik holat: oyoq-qo'llarning markaziy pareziyasi yoki refleks o'zgarishi (chuqur reflekslarning jonlanishi, ijobiy Babinskiy, Rossolimo reflekslari); tabiatda sezgir, serebellar va vestibulyar bo'lishi mumkin bo'lgan ataktik kasalliklar; frontal, lobarning disfunktsiyasi va kortikal-subkortikal birikmalarning buzilishi tufayli yurishning apraksiyasi, ko'pincha demensiyada uchraydi; sekinroq yurish, qadamlarning qisqarishi va notekisligi, harakatlarni boshlashda qiyinchilik, burilish paytida beqarorlik va frontal genezis muvozanati buzilgan taqdirda tayanch maydonining ko'payishi; psevdobulbar sindromi, og'iz avtomatizmi reflekslari, mandibulyar refleksning jonlanishi, shiddatli yig'lash yoki kulish epizodlari, aqliy jarayonlarning sekinlashishi, og'iz avtomatizmi reflekslari, piramidal yetishmovchilik, amiostatik buzilishlar.

Laboratoriya tekshiruvi: Elishay (qon zardobida DHEA-c ni Fe^{2+} katalizatori bilan oksidlanishdan oldin va keyin aniqlash; qon zardobida ApoE4, b-amiloidni aniqlash).

Instrumental tekshiruv:

EEG: sekin to'liqlik faolligining oshishi (asosan uning q diapazoni, ko'pincha past yoki o'rta amplitudali) va D-faolli, shuningdek, a-ritmning amplitudasining pasayishi va mintaqaviy silliqlash shaklida qisqarishi. yosh normasiga nisbatan farqlar. b-faoliyatning zo'rvonligi, qoida tariqasida, kamaydi. Ko'pincha (bemorlarning uchdan birida) umumiy ikki tomonlama sinxron q- va D-to'liqlari kuzatiladi, amplitudasi asosiy faollikdan oshib ketadi, eng diagnostik ma'lumot beruvchi belgi sekin to'liq faolligining oshishi hisoblanadi, uning diagnostik ahamiyati darajasi. 68 dan 91% gacha.

KT yoki MRT: miya atrofiyasini ko'rsatadigan tashqi va ichki gidrotsefaliya mavjudligi (miya yarim sharlari, gipokampus, medial temporal lob).

SPECT (bitta fotonli emissiya kompyuter tomografiyasi): parietotemporal mintaqada gemoperfuziyaning pasayishi, bu kognitiv buzilishning zo'rvonligi bilan bog'liq.

PET (pozitron emissiya tomografiyasi): parietotemporal mintaqada metabolizm tezligining pasayishi. Ushbu pasayishning kattaligi kognitiv pasayish darajasi bilan bog'liq. Bazal ganglionlar, serebellum va asosiy sensomotor korteksdagi glyukoza almashinuvi darajasi odatda o'zgarmaydi.

Miya omurilik suyuqligi (CSF) to'plangan orqa miya: b-amiloid va tau oqsillari mavjudligini aniqlash.

Turli yosh guruhlarida Alsgaymer kasalligini klinik ko'rinishlari

<https://www.alz.org/alzheimers-dementia/stages>

Alsgaymer kasalligini presenil turi	Qarilik turi AK
Asosan presenil yoshda (65 yoshdan oldin) boshlanadi.	Asosan qarilikda (65 yoshdan keyin) boshlanadi.
Dastlabki bosqichlarda kasallikning sekin rivojlanishi va klinik jihatdan ahamiyatli demensiya bosqichida tez rivojlanishi	Kasallikning barcha bosqichlarida kamroq progressiv rivojlanishi (oxirgi bosqichdan tashqari)
Kasallikning dastlabki bosqichlarida allaqachon kortikal fokal buzilishlarning paydo bo'lishi.	Rivojlangan demensiya fonida yuqori kortikal funksiyalarning buzilishi
Rivojlangan demensiya bosqichida yuqori kortikal funksiyalarga bir nechta jiddiy zarar	Yuqori kortikal funksiyalarning umumiy yomonlashishi, bu kamdan-kam hollarda aniq fokal buzilishlar darajasiga yetadi.
Bemorning kasallikka bo'lgan munosabatini va uning asosiy shaxsiy xususiyatlarini uzoq muddatli saqlash	Shaxsning aniq o'zgarishi va kasallikning dastlabki bosqichlarida tanqidni yoqotish
Demensiyaning ilg'or bosqichida nisbatan bir hil klinik ko'rinish (afato-aprakto-agnostik demensiya)	Demensiyaning geterogen klinik ko'rinishi (turli klinik shakllar).

Alsgeymer kasalligining differensial diagnostikasi.

<https://www.alz.org/professionals/health-systems-medical-professionals/dementia-diagnosis/differential-diagnosis>

Demensiya va demensiyasi bo'lmagan kognitiv buzilishlarning asosiy sabablari	
1. Neyrodegenerativ kasalliklar:	• Alsgeymer kasalligi • Lyui jismlari bilan demensiya • Frontotemporal degeneratsiya • Birlamchi progressiv afaziya • Posterior kortikal atrofiya • Parkinson kasalligi • Progressiv supranuklear falaj • Ko'p tizimli atrofiya • Kortikobazal degeneratsiya • Gettington kasalligi • Spinocerebellar degeneratsiyalari • Boshqa degenerativ miya kasalliklari
2. Miyaning qon tomir kasalliklari:	Miya infarkti Ko'p infarkтли holat Gemorragik insult Ensefalopatiya
3. Toksik va dismetabolik ensefalopatiyalar:	Gipoksiya Jigar yetishmovchiligi Buyrak yetishmovchiligi Gipoglikemiya Gipotiroidizm, tireotoksikoz Giper va gipokortitsizm Tanqislik holatlari (B1, B6, B12 vitaminlari, foliy kislotasi yetishmasligi) Sanoat va maishiy zaharlanishlar (og'ir metallar, erituvchilar, insektitsidlar, alkogolizm, giyohvandlik) Giyohvand moddalar bilan zaharlanish (antidepressantlar, anksiolitiklar, gipnozlar, antikonvulsantlar, antiaritmiklar, antigipertenzivlar, antixolinergetiklar, saratonni davolash uchun kimyoterapiya preparatlari, radiatsiyaviy ensefalopatiya)
4. Kombinatsiyalangan (tomir-neyrodegenerativ va dismetabolik) kognitiv buzilishlar.	
5. Neyroinfesiyalar va dimelinizatsiya qiluvchi kasalliklar:	OIV bilan bog'liq ensefalopatiya Spongiform ensefalit (Creutzfeldt-Jakob kasalligi) Progressiv panensefalit Miya xo'ppozi Ko'p skleroz Leykodistrofiyalar Sarkoidoz Progressiv multifokal leykoensefalopatiya Whipple kasalligi Behchet kasalligi

6. Bosh miya shikastlanishi	
7. Miya shishi	
8. Paraneoplastik holatlar:	Limbik ensefalit
9. Likvorodinamik buzilishlar:	Oddiy bosimli gidrotsefaliya Intrakranial gipertenziya
10. Emotsional va boshqa ruhiy kasalliklar (depressiya, maniya, shizofreniya va boshqalar).	
11. Uyqu va hushyorlikning buzilishi	

2-jadval.

Diagnostic mezonlarni solishtirish

Kasalliklar	BA	SD	DTL	FTD	CJD
Demensiya sindromidan tashqari simptomlarning xususiyatlari	Kasallikning dastlabki bosqichlarida xotira buzilishi faqat 50% hollarda kuzatiladi	Dastlabki bosqichlarda yurishning buzilishi, urologik kasalliklarsiz qovuq disfunktsiyasi, tushish va fokal nevrologik alomatlar qayd etiladi.	Ruhiy holatning o'zgarishi, paranoid va gallyusinatsiya belgilari, parkinsonizmning qattiqligi, antipsixotiklarga yuqori sezuvchanlik, uyqu fazasining buzilishi	Eyforiya, hissiy uyg'unlik, disinhibitsiya, ijtimoiy xulq-atvorning qo'polli, dastlabki bosqichlarda vizual fazoviy faollikni saqlash	Vizual buzilishlar, serebellar, piramidal va ekstrapiramidal simptomlar, miokloniya, akinetik mutizm
Oqim	Sekin rivojlanish	Bosqichma-bosqich rivojlanish, yomonlashgandan keyin qisman kompensatsiya qilish mumkin	Sekin rivojlanish	Alzgeymer kasalligiga o'xshaydi, lekin tezroq rivojlanish tezligi bilan	Tez rivojlanish, aksariyat hollarda 1 yildan kamroq vaqt ichida
EEG	Elektr to'lqinlarining faolligini sekinlashtirish, kasallikning og'irligiga qarab, tez a-to'lqinlarning faolligini pasaytirish, shuningdek, o'zgarishlarga yul qo'yilmaydi;	Ko'pincha fokal buzilishlar	Kasallikning og'irligiga qarab elektr to'lqinlari faolligini sekinlashtirish (Alzgeymer kabi)	Hech qanday xarakterli o'zgarishlar yoq	Yangi variant uchun xos bo'lmagan o'tkir to'lqinlarning davriy komplekslari (uch fazali faollikni tez-tez aniqlash)

Biomarkerlar	Fe ²⁺ katalizatori yordamida oksidlanishdan oldin va keyin qon zardobida DHEA darajasining biroz oshishi yoki yoqligi, bemorlarning qon zardobida Ab1-42 va ApoE-4 konsentratsiyasining oshishi. 50,0-100,0% gacha, tau oqsili va fosforlangan tau oqsili konsentratsiyasining oshishi, CSFda Ab ning kamayishi.	Yoq	Yoq	Yoq	CSFda 14-3-3 protein konsentratsiyasining ortishi
Strukturaviy tasvirlash CT/MRI	Dastlabki bosqichlarda medial temporal lobarning atrofiyasi, o'sib borishi bilan temporoparietal mintaqaning ishtiroki va keyingi bosqichlarda kasallikning og'irligiga qarab keng tarqalgan gipokampal atrofiya.	Bir nechta infarktlar, strategik hududlarda bitta infarktlar, keng oq moddaning shikastlanishi	AK ga qaraganda medial temporal lobarning kamroq aniq atrofiyasi	Frontal va / yoki temporal lobarning atrofiyasi, ko'pincha assimetrik	Nospesifik
Funksional tasvirlash PET tomonidan aniqlangan glyukoza gipometabolizmi	Dastlabki bosqichlarda - temporo-parietal mintaqada va singulat girusning orqa qismida gipometaboliz	Ishemik hududlarda	Asosan korteksning vizual assotsiatsiya sohalarida	Frontal va temporal korteks, ko'pincha assimetrik	Turli

	m, soʻngra - frontal va nihoyat umumlashtirilgan.				
Neyropatologiya	Blyashka, neyrofibrilyar chalkashliklar, miya amiloid angiopatiyasi	Ishemik shikastlanish	Lyui jismlari	Astrotsitoz, frontal korteksning I - III qatlamlari atrofiyasi, neyropillarning mikrovakuolizatsiyasi, tau oqsillarining choʻkishi.	Spongiform ensefalopatiya (amiloid birikmalari va asab toʻqimalarining vakuolatsiyasi)

Mutaxassis bilan maslahatlashish uchun koʻrsatmalar:

- terapevt bilan maslahatlashish - somatik kasalliklarni istisno qilish;
- nevrolog bilan maslahatlashish - hozirgi nevrologik kasalliklarni istisno qilish;
- psixiatr bilan maslahatlashish - organik psixiatrik kasalliklarni istisno qilish;
- ginekolog bilan maslahatlashish (ayollar uchun) - ginekologik kasalliklarni istisno qilish;
- psixolog bilan maslahatlashish - bemorning oʻziga ham, uning oila aʼzolariga ham psixologik yordam koʻrsatish;
- boshqa ixtisoslashgan mutaxassislar bilan maslahatlashish - birga keladigan somatik kasalliklar va / yoki patologik sharoitlar.

Kasalxonaga yotqizish uchun koʻrsatmalar:

1. Ixtiyoriy (shoshilinch va rejalashtirilgan) kasalxonaga yotqizish:

- psixotik va/yoki nopsixotik darajadagi neyropsikologik buzilishlar, desotsializatsiya koʻrinishlari bilan, ularning namoyon boʻlishi ambulatoriya sharoitida yoqolmaydi yoki ekspert masalalarini hal qilish.

2. Sud qarorisiz majburiy kasalxonaga yotqizish - psixopatologik buzilishlarning mavjudligi va quyidagini aniqlaydigan harakatlar:

- oʻzingiz va boshqalar uchun bevosita xavf;
- nochorlik, yaʼni toʻgʻri parvarish boʻlmaganda asosiy hayotiy ehtiyojlarni mustaqil ravishda qondira olmaslik;
- agar shaxs psixiatriya yordamisiz qolgan boʻlsa, ruhiy holatining yomonlashuvi tufayli sogʻligʻiga jiddiy zarar etkazish.

3. Majburiy kasalxonaga yotqizish - sud qarori, tergov organlari va (yoki) prokurorlarning buyrugʻi bilan.

Asosiy va qoʻshimcha diagnostika tadbirlari roʻyxati.

Ambulatoriya sharoitida oʻtkaziladigan asosiy (majburiy) diagnostika tekshiruvlari:

- shikoyatlar va kasallik tarixini yigʻish;
- umumiy somatik holatni baholash bilan fizik tekshiruv;
- eksperimental neyropsikologik tekshiruv (maxsus reyting shkalasi bilan).

Ambulatoriya sharoitida qo‘shimcha diagnostika tekshiruvlari:

- UQT;
- UST;
- qondan biokimyoviy tahlil (jigar testlari);
- EKG – birlamchi terapiya paytida somatik holatdagi o‘zgarishlarni kuzatish uchun o‘tkaziladi;
- EEG – epileptik va epileptiform paroksizmlar uchun;
- EhoEG – ongni tushkunlik alomatlari paydo bo‘lganda;
- REG – miyada qon aylanishining buzilishi belgilari uchun;
- KT, MRT – asosan patologik jarayonda ishtirok etadigan miya sohasini aniqlashtirish uchun amalga oshiriladi.

Rejali kasalxonaga yotqizish uchun yuborilganda o‘tkazilishi kerak bo‘lgan tekshiruvlarning minimal ro‘yxati: sog‘liqni saqlash sohasidagi vakolatli organning amaldagi buyrug‘ini hisobga olgan holda shifoxonaning ichki qoidalariga muvofiq.

Kasalxonada o‘tkaziladigan asosiy (majburiy) diagnostika tekshiruvlari:

- UQT – oyiga kamida 1 marta;
- UST– oyiga kamida bir marta;
- biokimyoviy qon testi (ALT, AST, bilirubin (to‘g‘ridan-to‘g‘ri va bilvosita, qon glyukoza darajasi) - oyiga kamida bir marta;
- EKG – oyiga kamida 1 marta;
- Elishay usulida Fe²⁺ katalizatori bilan oksidlanishdan oldin va keyin qon zardobida DHEA-ni aniqlash;
- Elishay usuli yordamida qon zardobida ApoE4, b-amiloidni aniqlash;

Kasalxonada o‘tkaziladigan qo‘shimcha diagnostika tekshiruvlari:

- EEG – epileptik va epileptiform paroksizmlar uchun;
- EhoEG – ongni tushkunlik alomatlari paydo bo‘lganda;
- REG – miyada qon aylanishining buzilishi belgilari uchun;
- KT, MRT – asosan patologik jarayonda ishtirok etadigan miya sohasini aniqlashtirish uchun amalga oshiriladi.
- CSFda b-amiloidni aniqlash.

Shoshilinch tibbiy yordam bosqichida o‘tkaziladigan diagnostika tadbirlari:

- Elektrokardiografik tekshirish (12 ta) - o‘tkir o‘pka yurak yetishmovchiligi uchun.
- KT, MRT – asosan patologik jarayonda ishtirok etadigan miya sohasini aniqlashtirish uchun amalga oshiriladi.

Alsgeymer kasalligi bilan og‘rigan bemorga tashxis qo‘yish

Alsgeymer kasalligi bilan og‘rigan bemorga tashxis qo‘yishda quyidagi ketma-ketlik tavsiya etiladi: klinik shaklning xususiyatlari, kognitiv buzilishning tabiati va darajasi (demensiya), birga keladigan hissiy va shaxsiy kasalliklar (depressiv sindrom va boshqalar), motor, tos a‘zolarining kasalliklari, asoratlar, birga keladigan kasalliklar.

1. Alsgeymer kasalligi (G30.0) erta boshlangan (presenil shakli), aniq afato-aprakto-agnostik sindrom bilan kechadigan engil demensiya.

Murakkabliklar: yoq.

bilan : surunkali xolesistit, yengil anemiya va boshqalar.

2. Alsgeymer kasalligi (G30.1) kech boshlangan (keksalik shakli), og‘ir amnestik sindrom bilan yengil demensiya, o‘rtacha akustik-mnestik afaziya funksiyalarning buzilishi.

Murakkabliklar: buyrak va jigar yetishmovchiligi.

Bilan bog‘liq kasalliklar bilan: qandli diabet, gipertenziya, semizlik.

3. Alsgeymer kasalligining boshqa shakllari (G30.8).

Murakkabliklar: yurak yetishmovchiligi, diabet, gipertenziya, semirib ketish, ovqatlanishning buzilishi.

Eslatma. Rubrika atipik xususiyatlarni o'z ichiga olgan Gamer's Alz kasalligi shakllarini kodlash, shuningdek, Gamer's Alz kasalligi va serebrovaskulyar kasalliklarning kombinatsiyasi bo'lgan aralash demensiya holatlarini kodlash uchun ishlatiladi. Klinik amaliyotda aralash demensiya ko'pincha 3 holatda tashxis qilinadi. Birinchidan, ilgari Alsgeymer kasalligi bilan og'rigan bemorda insultdan keyin kognitiv nuqsonning keskin o'sishi bilan. Ikkinchidan, dastlabki xavfsiz bemorda insultdan keyin bir necha oy ichida aniq kortikal komponentli progressiv demensiya rivojlanishi bilan (hollarning uchdan birida insultdan keyingi demensiya Alsgeymer degeneratsiyasining qo'shilishi yoki tezlashishi bilan izohlanadi). Uchinchidan, aralash demensiya miya yarim sharlaridagi chuqur oq materiyaning diffuz ishemik shikastlanishining parallel rivojlanishi va temporal lobning degeneratsiyasi bilan tavsiflanishi mumkin.

Ambulatoriya sharoitida dori-darmonlar bilan davolash:

- Muhim dorilar (monoterapiya tavsiya etiladi: quyidagi dorilardan biri)

Dori nomi	Terapevtik diapazon	Davolash kursi
Donepezil	Og'iz orqali kuniga 10 mg gacha	Bir necha oydan beri
Memantin	Og'iz orqali kuniga 30-60 mg	bir necha yilgacha

- Qo'shimcha dorilar (Giyohvandlar faqat kasallikning asosiy ko'rinishlari (tashvish, xulq-atvorning buzilishi, kayfiyatning fazaviy o'zgarishi) bilan birga keladigan holatlar klinik ko'rinishida mavjud bo'lganda qo'llaniladi.)

Dori nomi	Terapevtik diapazon	Davolash kursi
Xlorprotiksen	Og'iz orqali kuniga 50-150 mg	xulq-atvor buzilishlari yoqolguncha
Sulpirid	Og'iz orqali kuniga 600 mg gacha	
Valproat kislota	Og'iz orqali kuniga 300-600 mg	Hissiy fonni barqarorlashtirish belgilariga qadar
Tofizopam	Og'iz orqali kuniga 50-100 mg	Anksiete belgilarini bartaraf etishdan oldin
Zopiklon	Og'iz orqali kuniga 50-100 mg gacha	2-3 oy

Oliy nerv faoliyatiga kuchli ta'sir etuvchi dori moddalarsiz davolash

Davolash usuli	Amaldagi strategiyalar	Kasallik bosqichi	Effekt
Kasbiy terapiya	Kundalik muammolarning amaliy yechimlarini ishlab chiqish, kundalik vazifalarni bajarishga o'rgatish, mnemonik usullardan foydalanish	Yengil va o'rta	Kundalik ko'nikmalarni takomillashtirish, hayot sifatini yaxshilash va faollikni oshirish
Nutq terapiyasi	Nutqni tushunish va to'g'ri so'zlarni tanlash uchun o'quv dasturlari; oila a'zolariga xavfsiz ovqatlanishni ta'minlashga ko'rsatma berish	Yengil va o'rta	Til va muloqot qobiliyatlarini yaxshilash va yutish

			kasalliklariga yordam berish
Fizioterapiya	Chidamlilik, kuch va muvozanatni o'rgatish uchun individual moslashtirilgan mashqlar	Yengildan og'irgacha	Jismoniy tayyorgarlik va maishiy ko'nikmalarni takomillashtirish
Xulq-atvor terapiyasi	Salbiy fikrlash shakllarini tuzatish, xatti-harakatlarning buzilishiga olib keladigan omillarni o'zgartirish, kunni tashkil etish, amaliy muammolarni hal qilish	Yengildan og'irgacha	Depressiya, qo'rquv va xatti-harakatlarning buzilishi, kundalik ko'nikmalarni yaxshilash
Xotirani o'rgatish	Xotirani, e'tiborni, muammolarni hal qilish va muloqotni yaxshilash uchun ko'pincha guruh sharoitida turli tadbirlar yoki vazifalar	Yengil va o'rta	Kognitiv qobiliyatlar, hayot sifati va muloqot yaxshilanadi
Musiqqa terapiyasi	Musiqqa tinglash, musiqqa asboblari qo'shiq yoki musiqiy kompozitsiyalarni kuylash yoki ijro etish	Yengildan og'irgacha	Xulq-atvor buzilishlarini va depressiyani kamaytirish
Art terapiya	Idrok, xotira, muloqotni rivojlantirish uchun rasm chizish, bo'yoqlar bilan ishlash, ob'ektlarni loyihalash	Yengil va o'rta	Ijodkorlikni sinab ko'ring va o'zingizga ishonch hosil qiling
Tanaga yunaltirilgan terapiya	Tegish, harakat qilish, yoqimli muhit yaratish	O'rta va og'ir	Sensorli tajribani qo'llab-quvvatlash va farovonlikni yaxshilash
Xotira terapiyasi	Fotosuratlar, matnlar, musiqqa yoki uy-ro'zg'or buyumlari, oila a'zolarining ko'rsatmalari asosida o'tgan tajriba va voqealar haqida individual yoki guruh suhbatlari	Yengil va o'rta	Kognitiv qobiliyat va kayfiyat yaxshilanadi

Kuzatuv usullari (bemorning ahvoriga qarab):

- umumiy kuzatuv rejimi - bo'limda harakatlanishni cheklamagan holda kechayu kunduz kuzatuv.
- qisman kasalxonaga yotqizish rejimi - uni kasalxonadan tashqari sharoitlarga moslashtirish zarurligini hisobga olgan holda kunduzi yoki kechasi bo'limda qolish imkoniyati.
- tibbiy ta'til rejimi - kasalxonadan tashqari sharoitlarga bosqichma-bosqich moslashish, kundalik va ijtimoiy muammolarni hal qilish, shuningdek baholash maqsadida VKK qarori bilan bir necha soatdan bir necha kungacha bo'limdan tashqarida qolish imkoniyati erishilgan terapevtik ta'sir.
- kuchaytirilgan kuzatuv rejimi - kechayu kunduz kuzatuv va bo'limdan tashqarida harakatlanishni cheklash.
- qat'iy monitoring rejimi - kechayu kunduz uzluksiz monitoring, bo'limda va undan tashqarida tibbiyot xodimlari tomonidan doimiy qo'llab-quvvatlash.

Tibbiy yordam turidan kelib chiqib shifoxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar: bemorlarda kognitiv buzilishlar yakkol kuzatilganda va xulq-atvor buzilishlarida bemor qarovchilari va yaqinlarining so'zlariga tushinishi va qabul qilish yaqqol buzilganida majburiy ravishda statsionar davoga tavsiya etiladi.

**“ALSGEYMER KASALLIGI” NOZOLOGIYASINING TIBBIY
ARALASHUVLARI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

Xalqaro kasalliklar tasnifi KXT-10 shifrlari:

G30.0	Presenil tippli Alsgeymer kasalligi
G30.1	Senil tipli Alsgeymer kasalligi
G30.8	Alsgeymer kasalligining boshka shakllari
G30.9	Alsgeymer kasalligining noanik shakli
Havola: https://mkb-10.com/index.php?pid=5098	

AK bilan bemorlarni davolash

<https://www.alz.org/alzheimers-dementia/treatments>

Davolash maqsadlari:

1. dori remissiyasiga erishish
2. bemorning ahvolini barqarorlashtirish
3. bemor uchun mumkin bo'lgan eng yuqori hayot sifatini ta'aminlash.

Davolash taktikasi:

Mikrosotsial sharoitlarni qoniqarli va/yoki og'ir bo'lmagan buzilish darajasi sifatida baholashda ambulator davolanish tavsiya etiladi. Murakkab klinik ko'rinish (komorbid holatlar tufayli) va / yoki ambulatoriya bosqichida aralashuv samarasiz bo'lsa, kasalxonaga yotqizish masalasi hal qilinadi.

• Asosiy dorilar:

- 1-guruh - xolinergik preparatlar (rivastigmin, donepezil, galantamin) - patogenetik davolash maqsadida asetilxolinesteraza (neyromidin) ning qayta qabul qilinishini blokirovka qilish uchun mo'ljallangan;
- 2-guruh - NMDA retseptorlari bilan o'zaro ta'sir qiluvchi dorilar (memantin gidrokloridi);
- 3-guruh - nootrop dorilar, neyroprotektiv dorilar, kalsiy kanallari blokerlari, B vitaminlari, antioksidant va antigipoksik preparatlar va boshqalar.

Metodologik jihatdan adekvat RCTlarda qo'llaniladigan dori dozalari

Dori nomi	Funksional tasnifi	Boshlang'ich doza, mg / kun	Standart doz, mg / kun
Memantin	Glutamat retseptorlari modulyatori	Haftada 5 mg asta-sekin o'sib borishi bilan 5	20-30 mg
Galantamin	Xolinesteraza ingibitori	8 hafta ichida 8	16-24
Donepezil	Xolinesteraza ingibitori	5 - kamida 4 hafta	10
Rivastigmin	Xolinesteraza ingibitori	3 (2 x 1,5) kamida 2 hafta 4,6 mg patch	12 9.2
Neyromidin	Xolinesteraza ingibitori	0,5-1 tab. Kuniga 2-3 marta	10-20 mg
Gingko biloba	Erkin radikallarni tuting, mitoxondriyalarni himoya qiling	240-300 mg	240
Semaks	Neyroprotektor va nootrop	1-2 tomchi (0,1% eritma)	Do 2000 mkg
Adaptol	Anksiolitik (trankvilizator)	300-500 mg 2-3 marta kuniga	600-900 mg
Noofen	Nootrop dori vosita anksiolitik faollangan	250-500 mg 3 marta/kuniga 4-6 hafta	750 mg
Edaravon	Neyroprotektor	60 mg 14 kun davomida 14 kunlik 14 kunlik tanaffus bilan	60 mg

Tivortin	Immunomodulyator, Antioksidant	5 ml 3–8 marta kuniga 8–15 kun	8 g
Korteksin	Nootrop dori vosita	20-30 mg kuniga 4 haftagacha	30-40 mg
Havolalar:	https://static0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/054/890/original/Clinical_recommendations_Sognitive_disorders_in_elderly_and_senile_age.pdf?1614860915		

- Qo‘shimcha dorilar:

- kichik neyroleptiklar - xulq-atvor buzilishlarini tuzatish yoki qarilik va keksa yoshdagi neyropsixologik kasalliklarni davolash uchun mo‘ljallangan (xlorprotiksen, sulpirid, sonapaks)
- antidepressantlar - kunduzgi stimulyatorlar uchun mo‘ljallangan (fluoksetin, sertralin)
Normotimik preparatlar - kayfiyatni barqarorlashtirish, biologik ritmlarning buzilishini tibbiy nazorat qilish uchun mo‘ljallangan (valpik kislota).
- trankvilizatorlar - bezovtalikni bartaraf etish uchun mo‘ljallangan dorilar (fenazepam, sibazon).
Gipnozlar - uyqu va uyg‘onish ritmini normallashtiradigan dorilar (zopiklon).

Statsionar darajada dori-darmonlar bilan davolash:

- Muhim dorilar (monoterapiya tavsiya etiladi: quyidagi dorilardan biri)

Dori nomi	Terapevtik diapazon	Davolash kursi
Donepezil	Og‘iz orqali kuniga 10 mg gacha	Statsionarda qolish muddati uchun
Memantin	Og‘iz orqali kuniga 30-60 mg	

- Qo‘shimcha dorilar (Bemorlar faqat kasallikning asosiy ruxiy asbiy ko‘rinishlari (tashvish, xatti-harakatlarning buzilishi, xulq atvor buzilishlari, kayfiyatning fazaviy o‘zgarishi) bilan birga keladigan holatlar klinik ko‘rinishda mavjud bo‘lganda qo‘llaniladi).

Dori nomi	Terapevtik diapazon	Davolash kursi
Sitikolin	10 kun davomida kuniga 2000-3000 mg, keyin og‘iz orqali kuniga 1000 mg.	2-3 oy
Xolin alfofserat	10 kun davomida 1000-2000 mg / kun tomir ichiga, keyin og‘iz orqali kuniga 800 mg	2-3 oy
Xlorprotiksen	Og‘iz orqali kuniga 50-150 mg	xulq-atvor buzilishlari yoqolguncha
Sulpirid	Og‘iz orqali kuniga 600 mg gacha	
Kevitiapin	Og‘iz orqali kuniga 50-100 mg	Anksiete belgilarini bartaraf etishdan oldin
Tofizopam	Og‘iz orqali kuniga 50-100 mg	Anksiete belgilarini bartaraf etishdan oldin
Levokarnitin	2000 mg gacha IV tomchilab yuborish	10-15 kun
Gipotalamusning fosfolipidlari	112 mg IV tomchilab\IM gacha	15-20 kun

Favqulodda vaziyatlarda dori-darmonlar bilan davolash: yo‘q

Boshqa muolajalar: yo‘q

Jarrohlik davolash: yo‘q

Davolashning samaradorligi ko‘rsatkichlari:

- Klinik simptomlarni bartaraf etish
- Bemor va/yoki uning oilasining ambulatoriya bosqichida davolanishni davom ettirishga munosabati
- Psixotrop dorilarni qabul qilish zarurligiga salbiy munosabat yo‘q

**“ALSGEYMER KASALLIGI” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
TIBBIY PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYASI MILLIY
KLINIK PROTOKOL**

Profilaktik tadbirlar:

<https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-and-dementia/preventing-alzheimers-disease-what-do-we-know>

Birlamchi profilaktika muntazam jismoniy faoliyat, to'g'ri ovqatlanish, yuqori darajadagi ta'lim, doimiy aqliy faoliyatdir.

Ikkilamchi profilaktika - steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilar (NSAID), ayollarda gormonlarni almashtirish terapiyasi (HRT), arterial gipertenziyani davolash, statinlar, markaziy asetilxolinesteraza ingibitorlari va akatinol, vitaminlardan foydalanish, gipergomotsisteinemiyaning tuzatish, ginkgo biloba.

Uchinchi darajali profilaktika - neyropsixosotsial rehabilitatsiya, bemorlarning oila a'zolari uchun ta'lim dasturlarini amalga oshirish. Xavf omillari - past sifatli remissiya, bemorning ijtimoiy aloqalari sonining kamayishi.

Qo'shimcha boshqaruv:

Keyingi boshqarish (kasalxonaga yotqizilganidan keyin) asosiy davolashni shakllantirish va mustahkamlashdir.

Emlash - yo'q.

Alsgeymer kasalligini diffensial takkoshlash - bemorning avtonomiyasining to'liq yoki qisman yo'qolishi tufayli bemorning davolanishga rioya qilish muammosi ayniqsa keskin bo'lgan holat. Bundan tashqari, keksa bemorlar ko'p yillar davomida asosiy va birga keladigan kasalliklar uchun bir nechta dori-darmonlarni qabul qilishlari kerak, shu bilan birga ularni qabul qilish tartibi doimiy ravishda murakkablashadi va qoida tariqasida kun davomida ko'p miqdorda dori-darmonlarni qabul qiladi. Davolash natijalariga, dori-darmonlarga chidamliligi va boshqa omillarga qarab farq qilishi mumkin [3, 22 3. Gavrilova S.I. Alsgeymer kasalligining farmakoterapiyasi. - M., 2003. - 319 b. 22. AQSh oziq-ovqat va farmatsevtika idorasi. Xulq-atvori buzilgan keksa bemorlarda antipsixotiklar bilan o'lim. AQSh oziq-ovqat va farmasevtika idorasi; 2005. Mavjud: http://www.cchrint.org/pdfs/US_Food_and_Drug_Administration_Warnings_on_Antipsikotik_dorilar.pdf. 2015-yil 15-avgustda foydalanilgan]. Shu bilan birga, boshqa dori vositalarining samaradorligi bemor va uning qarindoshlari uchun aniq ko'rinmasligi mumkin, bu ularni o'z-o'zidan to'xtatish uchun sabab bo'lishi mumkin. Har qanday holatda, demensiya bilan og'rigan bemorlarga rioya qilishni baholash va uni yaxshilash usullarini ishlab chiqish asosiy amaliy muammodir.

Majburiyat masalalariga umumiy yondashuv:

Davolashga yomon rioya qilishning birinchi belgisida vaziyatni baholash va sabablarni aniqlash kerak.

Quyidagi omillarni hisobga olish kerak:

Noxush hodisalarni bartaraf etish (yon ta'sirlar);

Sog'liqni saqlash bo'yicha ta'lim, Alsgeymer haqida xabardorlikni oshirish va davolanishga rioya qilish muhimligini tushuntirish;

Moliyaviy qiyinchiliklar.

Past rioya qilishning ikkita asosiy toifasi mavjud:

1. Ko'p sonli davolanish kunlarini o'tkazib yuborish. Ba'zi bemorlar doimiy yoki vaqti-vaqti bilan dori-darmonlarni qabul qilmaydi. Bu moliyaviy qiyinchiliklar, mavsumiy mehnat migratsiyasi yoki ijtimoiy omillar, yangi yoki doimiy yon ta'sirlar yoki davolanishga umidning yoqolishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin [1,2,3]

Harakatlar algoritmi:

- hamshira bemorni/bemorni kuzatuvchisiga qo'ng'iroq qilib, davolanishni o'tkazib yuborish sababini aniqlaydi;

- Hamshira shifokorga xabar beradi
- shifokor bemorni tekshiradi;
- SVP bemor/bemorning vasiysi bilan davolanishni o'tkazib yuborishning sababi va oqibatlarini muhokama qilishi kerak;
- Vaqtinchalik migratsiyaga ketayotgan bemorlarni boshqa tuman poliklinikalari orqali davolashni tashkil etish mumkin;
- moliyaviy qiyinchilik mavjud bo'lsa, majburiyatning mumkin bo'lgan o'sishini muhokama qilish uchun maslahat (2-ilova) tashkil etish (majburiyatning yetishmasligi sabablari va uni oshirish choralari muhokama qilish);
- Agar davom etayotgan maslahat va tuzatish choralari qaramay, bemor / vasiy uch oydan ortiq vaqtni o'tkazib yuborgan bo'lsa, ish kengash muhokamasiga kiritilishi kerak;

2. Muayyan dori (yoki dori) ni qabul qilishdan bosh tortish. Bemor davolanishdan bosh tortish huquqiga ega [4,5].

Sabablarning tibbiy asosligidan qat'iy nazar, ularni jiddiy qabul qilish va hukm qilishdan qochish kerak. Bitta dori yoki butun dozani qabul qilishdan bosh tortish ko'pincha samarasiz davolanishning belgisidir va bemorning to'liq davolanish rejimiga rioya qilish zarurligini tushunmasligi sababli. Umumiy qoida sifatida, bemorlarga dori-darmonlarni qabul qilishni to'xtatmaslik tavsiya qilinishi kerak. Agar bu holat ikki yoki undan ortiq marta sodir bo'lsa, shifokor va hamshirasi buni bemor / parvarish qiluvchi bilan muhokama qilishlari kerak. Davolanishni rad etish sabablari va muammoni hal qilish uchun qilingan harakatlar yoki choralar bemorning jadvalida qayd etilishi kerak. Bemor rad etish shaklini to'ldiradi.

Harakatlar algoritmi:

- Hamshira to'liq dozani yoki individual dori-darmonlarni rad etish sabablarini aniqlashga harakat qilishi kerak;
- Sog'liqni saqlash guruhi barcha dori-darmonlarni qanday boshqarishni aniqlash uchun bemor / parvarish qiluvchi bilan ishlashi kerak; Davolash protokoliga muvofiq dozani to'g'irlash kerak bo'lishi mumkin;
- Aniqroq davolash, konsultativ yordamni kuchaytirish, ayrim hollarda davolash rejimi yoki dozalariga tuzatishlar kiritish bo'yicha qarorlar maslahatlashuvda qabul qilinadi.

Eslatma: Agar shifokor, hamshira va maslahatchi rioya qilishni yaxshilash va davolanishni davom ettirish uchun barcha choralarni ko'rgan bo'lsa, lekin bemor xavfsiz tarzda davolanishdan bosh tortsa, konsultatsiya davolanishni to'xtatishga qaror qilishi mumkin.

Kuzatuv va davolash muvaffaqiyatsizlikka uchraganidan keyin davolanishni davom ettirish: Ba'zi hollarda ilgari kuzatuv yoki davolash muvaffaqiyatsizligidan mahrum bo'lgan bemorlar davolanishni davom ettirishni xohlashlari mumkin. Ushbu holatlar kengashga taqdim etilishi kerak.

Davolash samarasiz bo'lgan bemorlarni boshqarish: Ba'zi bemorlar davolanishdan foyda ko'rmasligi mumkin (klinik belgilar, MRT) [6,7]. Bunday holatlar qo'shimcha dori qarshiligining rivojlanishi, davolash samaradorligi va rejimning mumkin bo'lgan kuchayishi uchun kuzatilishi kerak.

Dinamik yo'qligining mumkin bo'lgan sabablari:

- Davolashga rioya qilmaslik;
- Davolash rejimida boshqa dorilarga qarshilik
- Qo'shimcha barqarorlikni rivojlantirish;
- Alsgeymer kasalligini rivojlanishi uchun xavf omillarini bartaraf etmaslik;
- Yetarlicha nazorat qilinmagan birga keladigan kasalliklarning mavjudligi;

- Dori vositalarining past so‘rilishi.

REABILITATSIYA YONDOSHUVI VA XAJMLARI.

Umumiy tamoyillar. Dispanser kuzatuvi - bu bemorlarning sog‘ligini o‘z vaqtida aniqlash, asoratlarni, kasallikning kuchayishini, boshqa patologik sharoitlarni, ularning oldini olish, davolash va tibbiy rehabilitatsiya qilish maqsadida zarur tekshiruvni o‘z ichiga olgan dinamik kuzatish. Shuningdek, bemorlarga psixologik yordam.

Quyidagilar dispanser kuzatuvidan o‘tkaziladi:

- Alsgeymer kasalligi bilan og‘rigan bemorlar;
- Alsgeymer kasalligiga shubha qilingan shaxslar - tibbiy yordam ko‘rsatish yoki tibbiy ko‘rikdan o‘tkazish, klinik ko‘rikdan o‘tkazish paytida Alsgeymer kasalligi mumkin bo‘lgan belgilari aniqlangan, ularning mavjudligi ushbu shaxslarni qo‘shimcha tekshirishni va (yoki) dispanser kuzatuvini o‘rnatishni talab qiladigan shaxslar.

Tibbiy nazorat ostidagi shaxslarning huquqlari:

- Hurmatli va insonparvar muomala;
- Diagnostika va davolash;
- Spa davolash;
- Tibbiy tashkilotlarda, kasalxonalarda tekshirish va (yoki) davolanish uchun zarur bo‘lgan muddatda qolish.

Tibbiy nazorat ostidagi shaxslarning majburiyatlari:

- Tibbiyot xodimlari tomonidan belgilangan davolash va sog‘lomlashtirish choralariga rioya qilish;
- Jamoat joylarida Alsgeymer kasalligi bilan og‘rigan bemorlar uchun sanitariya-gigiena qoidalariga rioya qilish.

Reabilitatsion kuzatuvini to‘xtatish to‘g‘risidagi qaror :

- quyidagi hollarda tibbiy tashkilotning tibbiy komissiyasi:
 - tibbiy tashkilot ko‘rilgan barcha choralarga qaramay, standartlarda nazarda tutilgan dispanser kuzatuvi davrida bemorni tekshirishni ta‘minlay olmasa.
- Quyidagi hollarda GP:
 - bemorning o‘limi;
 - bemorning yashash joyini o‘zgartirishi munosabati bilan yoki 6 oydan ortiq muddatga ko‘rsatilgan shaxs yashagan va uning dispanser kuzatuvi o‘tkazilgan O‘zbekiston Respublikasi hududidan tashqariga chiqib ketishi.

Tibbiy tekshiruv vazifalari:

- har bir tashrifda bemorning ahvoli to‘g‘risidagi ma‘lumotlar bazasini yangilash;
- asosiy terapiyani tuzatish;
- kasalxonaga yotqizishni rejalashtirish;
- profilaktika kurslarini o‘tkazish;
- bemorlar va ularning qarindoshlarini holatni o‘z-o‘zini nazorat qilish usullari va farmakoterapiya asoslariga o‘rgatish .

Tibbiyot xodimlari tomonidan belgilangan davolash va sog‘lomlashtirish choralari;

Har uch oyda maxsus neyropsikologik reyting shkalasi yordamida bemorda demensiyaning og‘irligini baholang.

Reabilitatsiyaga ro‘yxatga olish guruhlar:

Faqat Alsgeymer kasalligi bilan kasallanganlar dispanser ro'yxatidan o'tkaziladi. Alsgeymer kasalligi bilan og'rigan bemorlarning turli guruhlarini hisobga olish va hisobot berish Alsgeymer kasalligining zamonaviy tasnifiga, Alsgeymer oldingi davolash tarixiga va demensiyaning og'irligiga asoslanadi.

Kuzatuv guruhi:

Kuzatuv guruhiga mavjud kasalliklar yoki boshqa xavf omillari tufayli xavf guruhlari deb ataladigan shaxslar kiradi.

Alsgeymer kasalligining rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan guruhlar:

Kognitiv buzilishlari bo'lgan keksalar
Alsgeymer kasalligiga chalingan qarindoshlar
Skrining laboratoriya tekshiruviga ijobiy javob
Yurak-qon tomir kasalliklari
Ta'lim darajasi past
Travmatik miya shikastlanishlari
Qandli diabet
Chekish
Semirib ketish
Yuqori xolesterin

Kerakli tadqiqotlar (tibbiy koo'rikning bir qismi sifatida):

Birlamchi - tashxis uchun (barcha bemorlar):

- neyropsixologik testlar;
- skining laboratoriya tekshiruvi (Fe^{2+} katalizatorli DEEA -s);
- neyroimaging tadqiqotlari.

Klinika yoki dispanser yoki statsionar bo'lim shifokoriga differensial yondashuv va kechki davrda demansning klinik va funksional tashxisini o'rnatish, demensiya sindromi rivojlanishining turli bosqichlarida tashxis qo'yish, shu jumladan kasalxonaga yuborish uchun diagnostika tadbirlari to'plami taklif etiladi. :

- 1) ro'yxatdan o'tganda;
- 2) kuzatish jarayonida;
- 3) tashxis va davolashni aniqlashtirish uchun statsionar bo'limga qabul qilinganda;
- 4) ekspert masalalarini hal qilishda.

I. Kognitiv funksiyalar va ijtimoiy moslashuv holatiga qarab, demensiya bilan og'rigan keksa odamga maslahat berish va ro'yxatga olish va bemorni kuzatish jarayonida klinika yoki dispanser shifokorining harakatlari.

Xotira buzilishi (6 oydan ortiq) bo'lgan keksa bemorni tekshirganda, shifokor bemorning ota-onasi yoki boshqa qarindoshlari kognitiv buzilishlardan (ayniqsa qarilikda) azoblanganmi yoki yoqmi, bemorning o'zi oldin biron bir nevrologik va ruhiy kasalliklar bilan kasallanganmi yoki yoqligini aniqlashi kerak. ushbu murojaatni ko'rib chiqing va quyidagi tadqiqotlarni o'tkazing:

a) demensiyaning o'zi va boshqa kognitiv kasalliklarning skining diagnostikasi, demensiyaning rivojlanish bosqichini aniqlash. MMSE (Mini Mental State Examination) testidan foydalaniladi. Ushbu testda siz eng yuqori kognitiv qobiliyatlarga mos keladigan maksimal 30 ball to'plashingiz mumkin. Sinov natijasi qanchalik past bo'lsa, kognitiv nuqson shunchalik jiddiy bo'ladi. Demensiya bosqichini aniqlashtirish uchun bemorning shikoyatlarini Global yomonlashuv reytingiga muvofiq baholash tavsiya etiladi.

b) demensiyaning differensial diagnostikasi:

1. Boshqa sarlavhalarining kognitiv buzilishlari.
2. Organik amnestik sindrom.
3. Organik kelib chiqishi gallyusinator-paranoid holatlari.

4. Kognitiv funksiyalarning buzilishiga olib kelishi mumkin bo'lgan tekshiruv vaqtida kuchayish yoki dekompensatsiya bosqichida bo'lgan og'ir interkurrent somatik patologiyaning mavjudligi.

5. Depressiya.

6. Pseudodemensiyaning variantlari, shu jumladan Ganser sindromi.

c) xotira buzilishining boshqa sabablarini yoki birga keladigan ruhiy kasalliklarni istisno qilish uchun magnit-rezonans yoki miyaning kompyuter tomografiyasi.

Xotira buzilishi bilan og'rikan keksa bemorning nevrologik holatini o'rganish natijasida nevrologik yordam ko'rsatishning ambulator bosqichida bir qator klinik vaziyatlar yuzaga kelishi mumkin, ular tashxisni, davolanishni, vaqtincha yoki doimiy nogironlik va tekshiruvni aniqlashtirishni talab qiladi. bemorning o'ziga g'amxo'rlik qilish qobiliyatini baholash.

Birinchi holat shundaki, bemorning anamnezi kognitiv buzilishlarni ko'rsatmaydi va tekshiruvlar (a, b) hech qanday patologik o'zgarishlarni aniqlamadi. Bu bemor nevrolog yoki psixiatrning nazoratiga muhtoj emas.

Agar tarixda demans, ayniqsa Alsgaymer kasalligi bo'lsa va shifokor kamida bitta tadqiqotda (a, b) patologik o'zgarishlarni aniqlasa yoki maslahat yoki ro'yxatga olish paytida miyaning MRI / KT xulosasiga ko'ra, bemorning dispanser kuzatuv guruhi bo'yicha demensiya tashxisi bilan ambulatoriya sharoitida kuzatilmogda.

Ikkinchi holat, a, b tadqiqotlariga ko'ra, demensiya mavjud bo'lib, uning tabiatini XKK-10 mezonlari, klinik tekshiruv ma'lumotlari yordamida aniqlash mumkin emas va bemorni vaqt o'tishi bilan kuzatib borishda differensial tashxis qo'yish muammosi mavjud.

I va II bosqichdagi demensiya uchun bemorga tashxisni ambulatoriya sharoitida yoki kunduzgi shifoxonada aniqlashtirish tavsiya etiladi. Agar kognitiv buzilish kuchaysa, bemorni tashxisni aniqlashtirish uchun statsionar bo'limga yuboriladi va miyaning MRT / KT kerak;

Demensiyaning II bosqichida klinik shifokor bemorni statsionar bo'limga faqat mehnat tekshiruvi yoki davolanish uchun klinik va funksional tashxis qo'yish uchun yuboradi.

Uchinchi holat - bemorning kuzatuv va g'amxo'rlikiga muhtoj bo'lgan og'ir nogironlik mezonlari aniqlanganda: muloqot qilish, harakat qilish, o'rganish, yunaltirish, o'z-o'zini parvarish qilish, o'z xatti-harakatlarini nazorat qilish va ishlash qobiliyati; Demensiyaning II bosqichi uchun. VKKni tekshirgandan so'ng, bemor faqat 6 oydan keyin nevrolog bilan maslahatlashish uchun yuboriladi. demensiya belgilari mavjudligi va bu nozologiyaga xos bo'lgan miyada degenerativ-distrofik yoki atrofik o'zgarishlarning MRT belgilari bilan (qon tomir demensiya, Alsgaymer kasalligi) ijtimoiy va ishdagi moslashuvning barqaror rivojlanishi.

To'rtinchi holat - bemor qon tomir demensiyaga xos bo'lgan xotira buzilishidan shikoyat qiladi, kasallikning dinamikasi XKK-10 "Tomir demensiyasi" sarlavhasi mezonlariga javob beradi. Tekshiruv ma'lumotlari (a, b) miyaning MRT / KT ga ko'ra demensiyani tasdiqlaydi, patologiya aniqlanmadi; Bunday holda, bemor nevrolog tomonidan ambulatoriya sharoitida kuzatiladi va kognitiv nuqsonga qarab kasalxonaga yuboriladi.

Beshinchi holat - nevrolog tomonidan qon tomir demensiyasi klinik tashxisi qo'yilganda va MRT/KT natijalariga ko'ra, Alsgaymer kasalligiga xos bo'lgan atrofik o'zgarishlar ob'ektiv (temporal, lobar, gippokamp, korpus kallosum) va "Alsgaymer kasalligida aralash demensiya " tashxisi tashkil etilgan.

Oltinchi holat - bemorda Alsgaymer kasalligining klinik ko'rinishi, MRT/KT ma'lumotlariga ko'ra - aniq atrofiyasiz tipik qon tomir o'zgarishlar, "Alsgaymer kasalligida aralash demensiya " tashxisi qo'yiladi.

Yettinchi holat - agar ishlaydigan bemorda aqli zaiflik belgilari mavjud bo'lsa, uni kasalxonaga yuborish kerak (3-ilova), kasalxonada nevrologga murojaat qilish va nogironlik belgilari mavjud bo'lsa - kasallik ta'tilini nogironlik tugagunga qadar uzaytirish guruhi tashkil etilgan.

3-ilovada bemorni konsultatsiya, ro'yxatga olish va kuzatuv vaqtida tekshirishga qarab, klinikada yoki dispanserda shifokorning harakatlari algoritmi keltirilgan.

II. Demensiya bilan og'rikan bemorni diagnostika va differensial diagnostika uchun qabul qilishda tekshiruv natijalariga ko'ra shifoxona nevropatologining harakatlari.

Demensiya bilan og'rikan keksa bemor kasalxonaga yotqizilganida, bemorni 2-diagrammada tavsiya etilgan darajada tekshirish tavsiya etiladi.

Qon tomir demensiyasi, frontal demensiya va Alsgeymer kasalligining differensial diagnostikasi uchun quyidagi klinik shkalalar taklif qilingan:

- qisqacha ruhiy holatni baholash shkalasi (MMSE);
- Xachinskiy ishemik shkalasi;
- frontal baholash batareyasi (FAB);
- Soat chizish testi;
- Klinik demensiya reytingi shkalasi;

Frontal lobarning ustun zararlanishi bilan demensiya tashxisida FAB va MMSE natijalarini taqqoslash muhim: frontal demensiya FAB natijasi juda past (11 balldan kam), nisbatan yuqori MMSE natijasi (24 yoki undan ortiq) bilan ko'rsatiladi. ball). Yengil Alsgeymer tipidagi demensiyada, aksincha, MMSE ko'rsatkichi birinchi navbatda pasayadi (20-24 ball), FAB ko'rsatkichi maksimal bo'lib qoladi yoki biroz pasayadi (11 balldan ortiq). Alsgeymer tipidagi o'rtacha va og'ir demensiyada ham MMSE, ham FAB kamayadi.

Bajarilishi mumkin bo'lgan asoratlar yoki xatolar ro'yxati va ularni bartaraf etish usullari

Xotirasi buzilgan keksa bemorda demensiyaning aniqlash va differensial diagnostika qilish uchun tavsiya etilgan usulni qo'llash jarayonida xatolar bo'lishi mumkin:

1) Xachinskiy ishemik shkalasi quyidagi kamchilikka ega: demensiyaning insult bo'lmagan shakllari tutilmaydi, bu birinchi navbatda Binsvanger ensefalopatiyasiga, shuningdek aralash tomir atrofik demensiyaga tegishli;

2) "Soatni chizish" testining ishlashi frontal tipdagi demensiyada ham, subkortikal tuzilmalarning ustun shikastlanishi bilan Alsgeymer demensiyasi va demensiyada ham buziladi. Ushbu shartlarning differensial diagnostikasi uchun, agar bemorning mustaqil chizmasi noto'g'ri bo'lsa, bemordan allaqachon chizilgan raqamlar bilan (shifokor tomonidan) terishdagi o'qlarni to'ldirish so'raladi. Yengil va o'rtacha og'irlikdagi subkortikal tuzilmalarning ustun shikastlanishi bilan frontal tipdagi demensiya va demensiyada faqat mustaqil chizish azoblanadi, qo'llarni allaqachon chizilgan terishga qo'yish qobiliyati saqlanib qoladi. Alsgeymer tipidagi demensiyada mustaqil rasm chizish ham, qo'llarni tayyor terishga qo'yish qobiliyati ham buziladi.

PROFILAKTIKA YOKI REABILITATSIYA TADBIRLARINING SAMARADORLIK KO'RSATKICHLARI.

1. Ambulatoriya sharoitida tibbiy yordam ko'rsatishda qo'llaniladigan mezonlar:

a) tibbiy hujjatlarni yuritish - ambulatoriya sharoitida tibbiy yordam oladigan bemorning tibbiy kartasi, bolaning rivojlanish tarixi, homilador va tug'ruqdan keyingi ayolning shaxsiy daftarchasi (bundan buyon matnda ambulatoriya hisobi deb yuritiladi):

ambulatoriya kartasida ko'zda tutilgan barcha bo'limlarni to'ldirish;

tibbiy aralashuvga asoslantirilgan ixtiyoriy rozilikning mavjudligi (1-ilova);

b) bemorni dastlabki tekshirish va tibbiy yordam ko'rsatish muddati:

dastlabki tekshirish natijalarini, shu jumladan kasallik tarixi ma'lumotlarini ambulatoriya kartasiga yozish yuli bilan rasmiylashtirish;

bemorni to'satdan o'tkir kasalliklar, holatlar, surunkali kasalliklarning kuchayishi, hayotga tahdidning aniq belgilari bo'lmagan, shoshilinch tibbiy yordamga muhtoj bo'lgan taqdirda, tibbiy tashkilotning reestriga murojaat qilgan paytdan boshlab 2 soatdan kechiktirmay tekshiruv o'tkazish;

v) bemorni dastlabki qabul qilish paytida davolovchi shifokor tomonidan dastlabki tashxisni o'rnatish;

d) dastlabki tashxisni hisobga olgan holda bemorni dastlabki tekshirish vaqtida tekshirish rejasini shakllantirish;

e) dastlabki tashxisni, kasallikning klinik ko'rinishini, kasallikning og'irligini yoki bemorning ahvolini hisobga olgan holda dastlabki tekshiruv vaqtida davolash rejasini shakllantirish;

f) tibbiy yordam ko'rsatish standartlariga kiritilgan, foydalanish chastotasi 1,0 bo'lgan dori vositalarini va klinik tavsiyalarni (davolash protokollarini) hisobga olgan holda tibbiy maqsadlarda foydalanish uchun dori vositalari ro'yxatini tekshirish rejasini va davolash rejasiga kiritish;

g) dori vositalarini qo'llash bo'yicha ko'rsatmalarni, bemorning yoshini, bemorning jinsini, kasallikning og'irligini, asosiy kasallik (holat) va birga keladigan kasalliklarning asoratlari mavjudligini hisobga olgan holda tibbiy maqsadlarda foydalanish uchun dori vositalarini buyurish;

h) kasallik tarixi, tekshiruv, laboratoriya, instrumental va boshqa tadqiqot usullari, tibbiy yordam ko'rsatish standartlarida nazarda tutilgan tibbiy mutaxassislar bilan maslahatlashuvlar natijalari, shuningdek klinik tavsiyalar (davolash protokollari) asosida klinik tashxis qo'yish:

ambulatoriya daftarida tegishli yozuv bilan klinik tashxis qo'yish asosini ro'yxatdan o'tkazish;
ariza berilgan kundan boshlab 10 kun ichida klinik tashxisni belgilash;

Agar klinik tashxis qo'yish qiyin bo'lsa, tibbiy tashkilotning ambulatoriya bo'limi boshlig'ining imzosi bilan ambulatoriya kartasiga tegishli yozuvni kiritgan holda shifokorlar konsultatsiyasini o'tkazish;

i) statsionar sharoitda tibbiy yordamga muhtoj bo'lgan kasallik (holat) mavjud bo'lganda ambulatoriya kartasiga tavsiya etilgan laboratoriya va instrumental tadqiqot usullari ro'yxatini ko'rsatgan holda tegishli yozuvni kiritish, shuningdek klinik tashxisni ko'rsatuvchi yollanma berish., rejalashtirilgan shaklda statsionar sharoitda tibbiy yordam ko'rsatish uchun zarur;

j) klinik tashxisni, bemorning ahvolini, kasallikning kechish xususiyatlarini, birga keladigan kasalliklarning mavjudligini, kasallikning asoratlari va davolash natijalarini hisobga olgan holda tekshirish rejasini va davolash rejasini tuzatishni amalga oshirish; tibbiy yordam standartlari va klinik tavsiyalar (davolash protokollari);

k) belgilangan tartibda dori vositalarini buyurish va buyurish:

tibbiy tashkilotning tibbiy komissiyasining qarori bayonnomasini tuzish;

tibbiy tashkilotning tibbiy komissiyasining qarori bilan tibbiy maqsadlarda foydalanish uchun dori-darmonlarni buyurish va tibbiy buyumlardan foydalanishda ambulatoriya kartasiga kirish;

l) belgilangan tartibda vaqtincha mehnatga qobiliyatsizlik ekspertizasini o'tkazish;

m) davolash (natijalar):

terapiya bilan bog'liq prognoz qilinadigan asoratlarning yoqligi;

tekshirish, davolash, jarrohlik muolajasini tanlashda nuqsonlar yoki uni amalga oshirish jarayonida xatolar bilan bog'liq asoratlarning yoqligi;

o) belgilangan tartibda dispanser kuzatuvini o'tkazish, tekshiruvlar davriyligi va dispanser kuzatuvining davomiyligini kuzatish;

o) belgilangan tartibda tibbiy ko'rikdan o'tkazish, tibbiy ko'rik natijalariga ko'ra, zarurat tug'ilganda qo'shimcha tibbiy choralarni, shu jumladan klinik kuzatuvni o'rnatishni belgilash.

2. Statsionar va kunduzgi statsionar sharoitlarda tibbiy yordam ko'rsatishda qo'llaniladigan mezonlar:

a) tibbiy hujjatlarni yuritish - statsionar bemorning tibbiy kartasi, tug'ilish tarixi, yangi tug'ilgan chaqaloqning rivojlanish tarixi (bundan buyon matnda statsionar daftar deb yuritiladi):

statsionar kartada ko'rsatilgan barcha bo'limlarni too'ldirish;

tibbiy aralashuvga asoslantirilgan ixtiyoriy rozilikning mavjudligi (1-ilova);

b) bemorni dastlabki ko'rikdan o'tkazish va shoshilinch tibbiy yordam bo'limida yoki ixtisoslashtirilgan tarkibiy bo'linmada (keyingi o'rinlarda ixtisoslashtirilgan bo'lim deb yuritiladi)

(kunduzgi statsionar) yoki tibbiy tashkilotning anesteziologiya va intensiv terapiya bo'limida (markazida) tibbiy yordam ko'rsatish muddati:

dastlabki tekshiruv natijalarini, shu jumladan kasallik tarixi ma'lumotlarini kasalxona jadvaliga yozish orqali ro'yxatdan o'tkazish;

bemorning hayotiga xavf tug'diradigan, shoshilinch tibbiy yordamni talab qiladigan to'satdan o'tkir kasalliklar, holatlar, surunkali kasalliklar kuchayganda, kechiktirmasdan bemorni dastlabki tekshiruvdan o'tkazish;

bemorni shoshilinch tibbiy yordamga muhtoj bo'lgan to'satdan o'tkir kasalliklar, holatlar, surunkali kasalliklarning kuchayishi, hayotga tahdidning aniq belgilari bo'lmaganda, shoshilinch tibbiy yordam bo'limiga kelgan paytdan boshlab 2 soatdan kechiktirmay dastlabki tekshiruvdan o'tkazish (kun). shifoxona) tibbiy tashkilot;

bemor ixtisoslashtirilgan bo'limga (kunduzgi statsionar) yotqizilgan paytdan boshlab 3 soatdan kechiktirmay tibbiy tashkilotning ixtisoslashtirilgan bo'limi shifokori tomonidan dastlabki ko'rikdan o'tkazish;

v) qabul bo'limi shifokori yoki ixtisoslashtirilgan bo'lim (kunduzgi statsionar) shifokori yoki tibbiy tashkilotning anesteziologiya va reanimatsiya bo'limi (markazi) shifokori tomonidan qabul qilingan kundan boshlab 2 soatdan kechiktirmay dastlabki tashxis qo'yish. bemorni tibbiy tashkilotga yotqizish vaqti;

d) dastlabki tashxisni hisobga olgan holda bemorni dastlabki tekshirish vaqtida tekshirish rejasini shakllantirish;

e) dastlabki tashxisni, kasallikning klinik ko'rinishini, kasallikning og'irligini yoki bemorning ahvolini, laboratoriya va instrumental tadqiqot usullarini (agar mavjud bo'lsa) hisobga olgan holda dastlabki tekshiruv vaqtida davolash rejasini shakllantirish;

f) tibbiy yordam ko'rsatish standartlariga kiritilgan, foydalanish chastotasi 1,0 bo'lgan dori vositalarini va klinik tavsiyalarni (davolash protokollarini) hisobga olgan holda tibbiy maqsadlarda foydalanish uchun dori vositalari ro'yxatini tekshirish rejasini va davolash rejasiga kiritish;

g) dori vositalarini qo'llash bo'yicha ko'rsatmalar, bemorning yoshi, bemorning jinsi, kasallikning og'irligi, asosiy kasallikning (holatining) asoratlari va birga keladigan kasalliklar mavjudligini hisobga olgan holda dori vositalarini buyurish;

h) davolash rejasida kasallik (holat) bo'yicha jarrohlik aralashuv usuli (ko'lam) ko'rsatilishi va davolashning va (yoki) tashxisning jarrohlik usullarini talab qiladigan tibbiy ko'rsatkichlarning mavjudligi;

i) anamnez, tekshirish, laboratoriya va instrumental tekshirish usullari ma'lumotlari, tibbiy yordam ko'rsatish standartlarida nazarda tutilgan tibbiy mutaxassislar bilan maslahatlashuvlar natijalari, shuningdek klinik tavsiyalar (davolash protokollari) asosida klinik tashxis qo'yish;

bemor tibbiy tashkilotning ixtisoslashtirilgan bo'limiga (kunduzgi statsionar) yotqizilgan paytdan boshlab 72 soat ichida klinik tashxis qo'yish;

bemor ixtisoslashtirilgan bo'limga yotqizilgan paytdan boshlab 24 soatdan kechiktirmay shoshilinch ko'rsatmalar bo'yicha qabul qilinganda klinik tashxis qo'yish;

j) statsionar jadvalga kasallikning kechishining qo'shimcha murakkab va uzoq muddatli tadqiqot usullarini talab qiladigan xususiyatlari bo'lsa, ixtisoslashtirilgan bo'lim (kunduzgi statsionar) boshlig'ining imzosi bilan tasdiqlangan tegishli yozuvni kiritish;

tibbiy tashkilotning tibbiy komissiyasi tomonidan ushbu tibbiy tashkilotdan tashqarida qo'shimcha tadqiqotlar o'tkazish zarurligi to'g'risida bayonnoma tuzgan holda qaror qabul qilish va shifoxona jadvaliga kiritish;

Klinik tashxis qo'yish va (yoki) davolash usulini tanlash qiyin bo'lganda, qaror shifokorlar kengashi tomonidan bayonnoma tuzilib, shifoxona jadvaliga kiritiladi;

davolovchi shifokor va ixtisoslashtirilgan bo'lim boshlig'i (kunduzgi statsionar) tomonidan imzolangan statsionar jadvalga tegishli yozuv bilan klinik tashxisning asoslanishini ro'yxatdan o'tkazish;

k) bemor tibbiy tashkilotning ixtisoslashtirilgan bo'limiga (kunduzgi statsionar) yotqizilgan paytdan e'tiboran 48 soat (ish kuni) ichida ixtisoslashtirilgan bo'lim (kunduzgi statsionar) boshlig'i

tomonidan majburiy tekshiruvdan o'tkazish, keyin zarurat tug'ilganda, lekin haftasiga kamida 1 marta, statsionar kartada ixtisoslashtirilgan bo'lim (kunduzgi statsionar) boshlig'i tomonidan imzolangan tegishli yozuv bilan;

m) klinik tashxisni, bemorning ahvolini, kasallikning kechish xususiyatlarini, birga keladigan kasalliklarning mavjudligini, kasallikning asoratlari va davolash natijalarini hisobga olgan holda tekshirish rejasi va davolash rejasini tuzatish:

ixtisoslashtirilgan bo'limning (kunduzgi statsionar) davolovchi shifokori tomonidan o'tkazilgan tekshiruv natijalari bo'yicha tekshirish rejasi va davolash rejasiga tuzatishlar kiritish, klinik tashxis qo'yilgandan keyin ixtisoslashtirilgan bo'lim (kunduzgi statsionar) boshlig'i tomonidan ko'rikdan o'tkazish;

bemorning ahvolining og'irligi o'zgarganda ixtisoslashtirilgan bo'limning (kunduzgi statsionar) davolovchi shifokori tomonidan tekshiruv natijalariga ko'ra tekshiruv rejasi va davolash rejasiga tuzatishlar kiritish, ixtisoslashtirilgan bo'lim (kunduzgi statsionar) boshlig'i tomonidan ko'rikdan o'tkazish. ;

m) dori vositalarini buyurish va buyurish:

fuqarolarga bepul tibbiy yordam ko'rsatishning davlat kafolati dasturi doirasida tibbiy yordam ko'rsatishda tibbiy qo'llash uchun hayotiy va muhim dori vositalari ro'yxatiga kiritilmagan dori vositalarini hamda inson organizmiga implantatsiya qilinadigan tibbiy buyumlar ro'yxatiga kiritilmagan dori vositalarini retseptlash. tibbiy tashkilotning tibbiy komissiyasi, qarori statsionar kartaga kiritilgan holda bayonnoma bilan rasmiylashtiriladi;

Agar tibbiy ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, bemorni tibbiy tashkilotning boshqa ixtisoslashtirilgan bo'limiga o'tkazish to'g'risidagi qaror bilan tegishli tarkibiy bo'linmalar (bemor o'tkaziladigan va bemor o'tkaziladigan) rahbarlari tomonidan qabul qilinadi. kasalxona daftarchasiga yozuv kiritiladi;

o) agar tibbiy ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, bemorni asbob-uskunalar standartiga muvofiq jihozga ega bo'lgan boshqa tibbiy tashkilotga va kasalliklar profillari yoki guruhlari bo'yicha tibbiy yordam ko'rsatishning tegishli tartib-qoidalari bilan tasdiqlangan tavsiya etilgan standartlariga muvofiq xodimlarga o'tkazish. Bemor ko'chirilayotgan tibbiy tashkilotning tibbiy komissiyasi tomonidan (bayonnoma tuzgan holda va kasalxona daftariga kiritish bilan) o'tkazish to'g'risidagi qaror qabul qilingan tibbiy tashkilot rahbari bilan kelishilgan holda. bemor ko'chiriladi;

p) belgilangan tartibda vaqtincha mehnatga qobiliyatsizlik ekspertizasi o'tkazish;

p) davolash (natijalar):

terapiya bilan bog'liq prognoz qilinadigan asoratlarning yoqligi;

tekshirish, davolash, jarrohlik muolajasini tanlashda nuqsonlar yoki uni amalga oshirish jarayonida xatolar bilan bog'liq asoratlarning yoqligi;

nozokomial infeksiyaning yoqligi;

v) o'lgan taqdirda, belgilangan tartibda patologik otopsiya o'tkazish;

r) klinik va patologik tashxislar o'rtasida nomuvofiqlik yoqligi;

s) statsionar sharoitda va kunduzgi statsionarda davolanish natijalariga ko'ra, klinik tashxis, tekshiruv ma'lumotlari, davolash natijalari va keyingi davolanish, tekshirish va kuzatish bo'yicha tavsiyalar ko'rsatilgan statsionar kartadan ko'chirma tuzish, u imzolagan. davolovchi shifokor, ixtisoslashtirilgan bo'lim (kunduzgi statsionar) boshlig'i va bemorga (uning qonuniy vakiliga) kuni berilgan ta'sis hujjatlariga muvofiq tibbiy tashkilotning to'liq nomini ko'rsatadigan tibbiy tashkilotning tasdiqlangan muhri, tibbiy tashkilotdan bo'shatish.

Kasallik / sindromning kechishi va natijalariga ta'sir qiluvchi qo'shimcha ma'lumotlar

Natijalar va prognoz. Kasallik progressiv neyrodegenerativ jarayonga asoslanganligi sababli, kasallikning prognozi juda noqulay. Uzoq muddatli adekvat patogenetik va simptomatik terapiyani ta'minlash orqali demensiyaning rivojlanishini sekinlashtirish yoki hatto uni cheklangan vaqt davomida barqarorlashtirish mumkin (terapiya boshlanishidagi kasallikning bosqichiga qarab 6 oy - 3 yil ichida).

ILOVALAR

1-ilova

Bemorning (qarindoshlarining) Alsgeymer kasalligini davolash uchun xabardor qilingan roziligi shakli

Bemor/bemorning qarindoshlari uchun ma'lumot.

- Sizda Alsgeymer kasalligi tashxisi qo'yilgan va unga davolanish buyurilgan. Siz davolanishning foydalari, xavfi va mumkin bo'lgan natijalarini bilish uchun davolanish haqida to'liq ma'lumot olishga va olingan ma'lumotlarga asoslanib, davolanishga rozilik berish to'g'risida qaror qabul qilish huquqiga egasiz.

Davolashning davomiyligi.

- Davolashning davomiyligi umr bo'yi.

- Siz ambulatoriya sharoitida yoki kerak bo'lganda shifoxonaning statsionar bo'limida davolanasiz.

Menga Alsgeymer kasalligini borligi haqida xabar berishdi, bu:

- Bu xavfli kasallik, chunki u og'ir nogironlik yoki o'limga olib kelishi mumkin;

-Umrbod davolanishni talab qiladi.

Asoratlarni oldini olish uchun:

- Tashxis qo'yilgandan so'ng darhol davolanishni boshlash kerak.

- Davolash kursi ambulatoriya yoki shifoxonaning statsionar bo'limida boshlanishi mumkin.

- Shifokor buyuradigan ko'plab turli dori-darmonlarni qabul qilishingiz kerak bo'ladi.

- Davolovchi shifokor dori-darmonlarni qabul qilishni tugatganingiz haqida xabar bermaguncha, barcha dori-darmonlarni bir martalik dozaga qadar o'tkazib yubormasdan olish kerak bo'ladi.

- Ba'zi hollarda kasallikning o'zi siz darhol jismonan his qila olmaydigan noxush oqibatlariga olib kelishi mumkin, shuning uchun davolanish jarayonini kuzatish uchun tekshiruv tavsiya etiladi va laboratoriya va instrumental tekshiruvlar buyuriladi.

Men davolanishga ixtiyoriy rozilik beraman. Qaerda davolanish (ambulatoriya, shifoxona yoki uyda) to'g'risida qaror mening davolovchi shifokorim bilan birgalikda qabul qilinadi. Davolash rejasi va uning davomiyligi bo'yicha qaror mening davolovchi shifokorim tomonidan shifokorlar kengashi bilan birgalikda qabul qilinadi.

Bemorning roziligi

Yuqoridagilarga asoslanib, men Alsgeymer davolashga roziman. Men imzolangan rozilik blankasining nusxasini oldim.

Bemorning/qarindoshining to'liq ismi: _____

Bemor imzosi: _____ Sana: _____

Men ushbu bemorga davolanish, mumkin bo'lgan xavf va foyda haqida barcha ma'lumotlarni taqdim etganimga ishonaman va bemor mening tushuntirishlarimni tushunganiga ishonaman.

Shifokorning ismi: _____

Shifokorning imzosi: _____ Sana: _____

2-ilova

Tibbiy maslahat varaqasi TIBBIY MASLAHAT

Davolash boshlangan joy

Kasalxona

Ambulator

Tibbiyot muassasasi:

To'LIQ ISM. bemor:

Manzil:

Yosh: _____ Qavat: _____ Og'irligi: _____

Bemorning tashxisi:

Qaysi yildan:

Maslahatlashuv sanasi	Konsultatsiya o'tkazish uchun asos	Davolash rejimi	Takroriy maslahatlashuv sanasi	Ishtirokchilarning imzosi

3-ilova

Alsgeymer kasalligining diagnostik mezonlari
(NINCDS-ADRDA, McKhann va boshqalar, 1984).

I. Alsgeymer kasalligining "ehtimolli" mezonlari:

1. Asosiy xususiyatlar:

- 1) 40 yosh va undan katta yoshdagi o'zini namoyon qiladigan progressiv demensiya;
- 2) kamida ikkita kognitiv sohaga zarar etkazish (xotira, nutq, praksis, gnozis, diqqat, orientatsiya);
- 3) aniq ong;
- 4) demensiya rivojlanishini tushuntira oladigan boshqa nevrologik yoki somatik kasalliklar mavjud emas.

2. Tashxisni tasdiqlovchi belgilar:

- 1) ijobiy oilaviy tarix;
- 2) MRTda temporal lobning medial qismlari (gippokamp, bodomsimon bezlar, paragipokampal girus) dinamikasida KT/MRTda progressiv miya atrofiyasi yoki atrofiyasi mavjudligi.

3. Tashxisga zid belgilar:

- 1) o'tkir boshlanish;
- 2) erta bosqichda fokal nevrologik o'zgarishlar.

4. Tashxisga zid bo'lmagan belgilar:

- 1) barqarorlashuv davrlarining mavjudligi (plato);
- 2) kech bosqichdagi nevrologik alomatlar (o'zgarishlar yurish, akinetik-qattiq sindrom, miokloniya);
- 3) psixiatrik kasalliklar: depressiya, tashvish, apatiya, boshqalar. dabdaba, inhibitsiyon;
- 4) KTda o'zgarishlar yoq.

5. Tashxisga qarshi turuvchi belgilar:

- 1) to'satdan paydo bo'lishi;
- 2) fokal nevrologik belgilar;
- 3) kasallikning dastlabki bosqichida epileptik tutilishlar yoki yurishning buzilishi.

II. Alsgeymer kasalligining "mumkin" mezonlari:

1. Boshqa kasallikning belgilari bo'lmaganda atipik demensiya.
2. Demensiyaning mavjudligini tushuntirib bera olmaydigan birgalikdagi somatik yoki nevrologik kasallik.
3. Izolyatsiya qilingan progressiv kognitiv nuqson (faqat bitta sohaga ta'sir qiladi), boshqa aniqlangan sabablar bo'lmasa.

4-ilova

Xachinskiy shkalasi (Hachinski V. va boshqalar, 1974)

Alomat	Maks. ball	Baholangan ball
Demensiyaning to'satdan paydo bo'lishi (yoki jiddiy kognitiv buzilish)	2	
Demensiyaning bosqichma-bosqich rivojlanishi	1	
O'zgaruvchan tok	2	
Kechasi dizorientatsiya (chalkashlik)	1	
Shaxsning nisbiy xavfsizligi	1	
Depressiya	1	
Hissiy labillik	1	
Anamnez yoki hozirgi gipertenziya	1	
Qon tomirlari tarixi	2	
Birgalikda aterosklerozning mavjudligi (qo'shimcha tadqiqotlarga ko'ra)	1	
Fokal nevrologik belgilar	2	
Patologik reflekslar	2	
	maksimal = 17	

<4 shubhali atrofik jarayon (masalan, Alsgeymer kasalligi)
4-7 demensiyaning qon tomir etiologiyasini qo'llab-quvvatlamaydi
> 7 qon tomir demensiyaga shubha qilingan

5- ilova

MMSE SHKALASI

Yo'q.	Bemorni ORIENTATSIYASI	Noto'g'ri 0 ball	To'g'ri 1 ball
ORIENTATSIYANI nevrologik tekshiruvi			
1	Bugungi sana nima?		
2	Qaysi oy?		
3	Hozir qaysi yil?		
4	Bugun haftaning qaysi kuni?		
5	Hozir yilning qaysi vaqti?		
6	Biz qaysi shahardamiz?		
7	Biz qaysi hududdamiz?		
8	Siz hozir joylashgan muassasani nomlang		
9	Biz qaysi qavatdamiz?		
10	Biz qaysi davlatdamiz?		
O'ZLASHTIRISHni nevrologik tekshiruvi "Meni diqqat bilan tinglang, endi sizning e'tiboringizni tekshiramiz. Men 3 ta so'z aytaman, sizning vazifangiz soo'zlarni eslab qolishdir. Birozdan keyin bu so'zlarni takrorlashingizni so'rayman. Men sizdan "To'p, bayroq, eshik" so'zlarini sekin va aniq aytishingizni so'raganimda. Ulardan so'zlarni takrorlashni so'rang. Bemor uchta so'zni to'g'ri talaffuz qilmaguncha testni takrorlang (5 urinishdan ko'p bo'lmagan). Birinchi urinish natijasini yozib oling:			
11	"To'p" javob berdi		
12	"Bayroq" javob berdi		
13	"Eshik" deb javob berdi		
DIQQAT va SANASHNI nevrologik tekshiruvi Bemordan 100 dan 7 ni ketma-ket ayirishini so'rang. Beshta hisobdan keyin bemorni to'xtating. To'g'ri: 93, 86, 79, 72, 65. Har bir to'g'ri javob uchun 1 ball. Barcha testning to'g'riligi uchun 5 ball			
14	To'g'ri "93"		
15	To'g'ri "86"		
16	To'g'ri "79"		
17	To'g'ri "72"		
18	To'g'ri "65"		
Xotirani nevrologik tekshiruvi Idrok bo'limida eslab qolishni so'ragan uchta so'zni takrorlashni so'rang.			
19	"To'p" javob berdi		
20	"Bayroq" javob berdi		
21	"Eshik" deb javob berdi		
NUTQ funksiyasini nevrologik tekshiruvi			
22	Bemorga soatni ko'rsating va "Bu nima?" Deb so'rang. To'g'ri javob uchun 1 ball		
23	Bemorga qalamni ko'rsating va so'rang: "Bu nima?" To'g'ri javob uchun 1 ball		
24	Bemordan har bir topshiriq uchun 1 balldan "Agar emas, va, yoki yoq" ni takrorlashni so'rang		
UCH QADAMLI AMALIYOTLARNI BAJARISH "O'ng qo'lingizga qog'ozni oling, uni yarmiga katlayin va tizzangizga qo'ying."			
25	Bemor o'ng qo'liga bir varaq qog'oz oldi - 1 ball		
26	Bemor yarmiga katlanma- 1 ball		
27	Bemor tizzasiga o'tirdi - 1 ball		
O'QISH			

"Ko'zlaringizni yuming" so'zlari yozilgan qog'oz varag'ini ko'rsating. Bemordan belgini o'qishni va yozilganini qilishni so'rang.			
28	Bemor ko'zlarini yumdi - 1 ball		
YOZISH Bemordan bo'sh qog'ozga ot va fe'ldan iborat jumla yozishni so'rang. Taklif mazmunli bo'lishi kerak			
29	Bemor jumla yozdi - 1 ball		
KO'CHIRISH Bir varoq qog'ozga kesishgan ikkita beshburchak chizilgan. Biz bemordan rasmni qayta chizishni so'raymiz			
30	Bir parcha qog'ozga kesishgan ikkita beshburchak chizilgan. Biz bemordan rasmni qayta chizishni so'raymiz		

Kognitiv belgilar testi natijalarini sharhlash:

30 - 28 ball - normal, kognitiv buzilishlar yoq

27 - 24 ball - kognitiv buzilish

23 - 20 ball - yengil demensiya

19 - 11 ball - o'rtacha demensiya

10 - 0 ball - og'ir demensiya

6-ilova

Clinical Dementia Rating (CDR) Scale - demensiya bosqichlari rivojlanish shkalasi.

CDR -0	Demensiya yoq	Belgilar
CDR -0,5	Shubhali demensiya	Xotira bilan bog'liq kichik muammolar, vaqt va muammolarni hal qilish bilan bog'liq ba'zi qiyinchiliklar; kundalik hayot biroz buziladi
CDR-1	Yengil demensiya	O'rtacha xotira yoqolishi, ayniqsa yaqinda sodir bo'lgan voqealar uchun. Muammolarni hal qilishda o'rtacha qiyinchilik, davlat ishlarida mustaqil ishlay olmaydi; kundalik faoliyat va sevimli mashg'ulotlar bilan bog'liq qiyinchiliklar ayniqsa qiyin.
CDR-2	O'rtacha demensiya	Faqat yuqori darajada o'rganilgan materialni saqlab qolish orqali chuqurroq xotira yoqolishi; vaqt va joyda yo'nalishni yoqotish; sog'lom fikrga ega emas va qiyinchiliklarga duch keladi; uyda funksiyalarni bajarishda mustaqillik kam yoki umuman yoq; faqat oddiy yumushlarni qila oladi va bir nechta qiziqishlarga ega.
CDR-3	Og'ir demensiya	Qattiq xotira yoqolishi, vaqt yoki joyga yonaltirilmagan, hech qanday hukm yoki muammoni hal qilish; uydan tashqarida ijtimoiy tadbirlarda qatnasha olmaydi, kundalik hayotning barcha vazifalarida yordamga muhtoj va shaxsiy gigiena bo'yicha yordamga muhtoj. Siydik chiqarishni o'g'irlab ketish odatiy holdir.

7-ilova

Kognitiv funksiyalarning umumiy pasayishi shkalasi (Reisberg B., 2008 bo'yicha)

Bosqichlar	Xarakterli	Tashxis
1	Xotirani yoqotish haqida shikoyatlar yoq (boshqa kognitiv muammolar); kundalik faoliyatning buzilishi yoq	Norm
2	Xotirani yoqotish shikoyatlari (unutish, ismlar uchun xotiraning zaiflashishi, ob'ektlarni topishda qiyinchilik). Simptomlar yaqinlar yoki shifokor uchun aniq emas.	Sub'ektiv kognitiv buzilish
3	Eng erta aniqlanadigan kognitiv nuqson; Ishlayotganda qiyinchiliklar ko'pincha seziladi, ob'ektlarning joylashishini tez-tez unutib qo'yadi. Ushbu bosqichda sizga yaqin bo'lganlar kognitiv pasayishni seza boshlaydilar. O'rtacha davomiylilik: demensiya boshlanishidan 7 yil oldin	Yengil kognitiv buzilish
4	Kognitiv nuqson klinik tekshiruv bilan aniq aniqlanadi; shaxsiy va joriy voqealarni unutish; sayohat qilish va moliyaviy ishlarni boshqarishda qiyinchiliklar. O'rtacha muddat: 2 yil	Yengil kognitiv buzilish
5	To'liq mustaqil yashay olmaydi va yordamga muhtoj; ba'zi muhim shaxsiy ma'lumotlarni unutish (masalan, manzil, tugallangan ta'lim muassasalarining nomlari va boshqalar) kundalik faoliyatni amalga oshirishda nazoratni talab qilishi mumkin. O'rtacha davomiyligi: 1,5 yil	O'rtacha og'ir kognitiv buzilish
6	Eng so'nggi hayotiy voqealarni eslay olmaslik; turmush o'rtog'ining ismini unutishi mumkin, siydik o'g'irlab ketish rivojlanishi mumkin (quviq yoki ichak nazoratini yoqotish), kundalik hayotda muhim yordam talab qiladi; jiddiy xulq-atvor muammolari (masalan, qo'xg'alish, delirium). Shuningdek, ular 10 dan pastga sanash va vazifalarni bajarishda qiyinchiliklarga duch kelishadi. O'rtacha davomiyligi: 2,5 yil	Og'ir kognitiv buzilish
7	Nutq aloqasi va harakat qilish qobiliyatini yoqotish. O'rtacha davomiyligi: 2,5 yil	Juda og'ir kognitiv buzilish

8-ilova

Batareya frontal disfunksiya (FAB, FRONTAL ASESMENT BATTER, 1999)

Texnika frontal lobar yoki subkortikal miya tuzilmalarining ustun zararlanishi bilan demensiyalarni skrining qilish uchun ishlatiladi, ya'ni. MMSE sezgirligi etarli bo'lmaganda.

Funksiyalar	Ballar	Izohlar
1. Konseptualizatsiya	0-3	Bemordan so'raladi: "Olma va nokda qanday umumiylik bor?" Kategorik umumlashtirishni o'z ichiga olgan javob ("Bu mevalar") to'g'ri deb hisoblanadi. Agar bemor qiyin bo'lsa yoki boshqacha javob bersa, unga to'g'ri javob aytiladi. Keyin ular so'rashadi: "Palto va ko'ylagi o'rtasida qanday umumiylik bor?" "Stol va stul o'rtasida qanday umumiylik bor?" Har bir toifali umumlashma 1 ballga teng.
2. Ravonlik	0-3	Bemordan ko'zlarini yumib, bir daqiqa davomida C harfi bilan boshlangan so'zlarni nomlash so'raladi. Natija: daqiqada 9 dan ortiq so'z - 3 ball, 7 dan 9 gacha - 2 ball, 4 dan 6 gacha - 1 ball, 4-0 balldan kam.
3. Dinamik amaliyot	0-3	Bemordan shifokordan keyin bir qo'li bilan uchta harakatni takrorlash so'raladi: - musht (gorizontal, stol yuzasiga parallel ravishda joylashtirilgan) - qovurg'a (qo'l vertikal ravishda medial chetiga qo'yilgan) - palma (qo'l gorizontal holatda, palma pastga). Seriyaning birinchi taqdimotida bemor faqat shifokorga ergashadi, ikkinchi taqdimotda u shifokorning harakatlarini takrorlaydi va nihoyat, keyingi ikkita seriyani mustaqil ravishda bajaradi. Mustaqil ravishda bajarilganda, bemorni so'rash qabul qilinishi mumkin emas. Natija: uchta seriyaning to'g'ri bajarilishi - 3 ball, ikkita seriya - 2 ball, bitta seriya (shifokor bilan birgalikda) - 1 ball.
4. Oddiy reaksiya tanlash	0-3	Bemorga ko'rsatmalar beriladi: "Endi men sizning e'tiboringizni tekshiraman. Biz ritmni tanlaymiz. Agar men bir marta urgan bo'lsam, siz ketma-ket ikki marta urishingiz kerak. Agar men ketma-ket ikki marta urgan bo'lsam, siz faqat bir marta urishingiz kerak." Quyidagi ritm bosiladi: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Natijani baholash: to'g'ri - 3 ball, 2 tadan ko'p bo'lmagan xato - 2 ball, ko'p xatolar - 1 ball, shifokorning ritmini to'liq nusxalash - 0 ball.
5. Murakkab reaksiya tanlash	0-3	Ko'rsatma berilgan: "Endi men sizni bir marta urgan bo'lsam, unda siz hech narsa qilishingiz shart emas. Agar men ketma-ket ikki marta urgan bo'lsam, siz faqat bir marta urishingiz kerak." Ritm bosiladi: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

		Natijani baholash 4-bosqichga o'xshaydi.
6. Tadqiqot ushlash reflekslari	0-3	Bemor o'tiradi, qo'llarini tizzalariga qo'yish, kaftlarini yuqoriga ko'tarish so'raladi va ushlash refleksi tekshiriladi. Tushunish refleksining yoqligi 3 ball sifatida baholanadi. Agar bemor ushlash kerakmi yoki yoqmi deb so'rasa, 2 ball qo'yiladi, agar bemor ushlasa, unga buni qilmaslik buyuriladi va tushunish refleksi qayta tekshiriladi. Agar takroriy tekshirishda refleksi bo'lmasa, 1 ball beriladi, aks holda - 0 ball.

Ballar 0 dan 18 ballgacha o'zgarishi mumkin. Frontal va Alsgeymer tipidagi demensiyaning farqlash uchun chegara oralig'i 12 ballni tashkil qiladi. 12 balldan past ball frontal tipdagi demensiyaning ko'rsatishi mumkin.

9- ilova

Shulte testi

Maqsad subektning diqqatini baholashdir

Bu raqamlar tasodifiy tartibda 1 dan 25 gacha bo'lgan maxsus jadval yordamida amalga oshiriladi. Shifokor, bemorning raqamlarni topishga sarflagan vaqtini belgilash uchun sekundomerdan foydalanadi.

21	12	7	1	20
6	15	17	3	18
19	4	8	25	13
24	2	22	10	5
9	14	11	23	16

Vaqt soniyada.	Standart qiymatlar
30-50	Norm
65-75	Kichik qoidabuzarlik
80-95	O'rtacha buzilish
120 dan ortiq	Aniq buzilish
250 dan ortiq	Muhim buzilish

Natijalar: "diqqat darajasi normal", "diqqat biroz qisqargan", "diqqat o'rtacha qisqargan"

10-ilova

"5 so'z" testi

1. Materialni taqdim etish.

Bemorga 5 ta so'zdan iborat ro'yxat beriladi: KINOTEATR, LIMONAD, CHIGIRTKA, IDISH, YUK MOSHINA.

2. To'g'ridan-to'g'ri ijro etish.

Shifokor bemordan so'zlar ro'yxatini oladi va uni takrorlashni so'raydi.

3. Xalaqit beruvchi vazifa.

Bemorning e'tiborini etarlicha vaqtga qaratish - 3 dan 5 minutgacha.

4. Kechiktirilgan ijro.

Bemordan 5 ta so'zni eslab qolish so'raladi.

NATIJALAR:

To'g'ridan-to'g'ri ijro etish: 0-5 ball

Kechiktirilgan ijro: 0-5 ball

Natija: 0-10 ball (8-9 ball yoki undan kam - Alsgeymer tipidagi demensiya).

11- ilova

Alsgeymer kasalligini baholash shkalasi - Kognitiv kichik o'lov

(ADAS-COG, ALLSGEYMER KASALLIKLARINI KOGNITIV SHKALASI)

1. SO'ZLAR – SO'ZNI TAKRORLASH TOPSHIRIG'I

Ko'rsatmalar / vazifalar.

Bemorga kamida 10 ta so'zni eslab qolish uchun uchta urinish beriladi. Kartochkalarda so'zlar bosh harflar bilan yozilgan. Har bir karta bemorga 2 soniya davomida ko'rsatiladi. Keyin bemor yodlangan so'zlarni baland ovozda takrorlaydi. So'zlarni o'qish va takrorlash uchun uchta urinish amalga oshiriladi. Bal noma'lum so'zlarning o'rtacha soniga mos keladi.

Bemorga ayting: *"Men sizga bir nechta so'zlarni ko'rsataman, bir vaqtning o'zida bitta so'z. Iltimos, har bir so'zni baland ovozda o'qing va eslab qolishga harakat qiling. Keyin men sizga ko'rsatgan barcha so'zlarni takrorlashingizni so'rayman."*

Bal (har bir so'z to'g'ri takrorlanganligini tekshiring)

Urinish 1		Urinish 2		Urinish 3	
QUSH		QUSH		RASM	
DO'KON		AYLANA		AYLANA	
SUV		OSMON		OSMON	
AYLANA		FABRIKA		DO'KON	
UY		RASM		UY	
ISHCHI		UY		ISHCHI	
TANGA		ISHCHI		SUV	
OSMON		SUV		TANGA	
FABRIKA		DO'KON		FABRIK	
RASM		TANGA		QUSH	
Takrorlanmaganlar soni		Takrorlanmaganlar soni		Takrorlanmaganlar soni	

Izohlar: _____

Ballar: (takrorlanmaydigan so'zlarning o'rtacha soni): _____

2. BUYUMLARGA VA BARMOQLARGA NOM BERISH

Ko'rsatmalar / vazifalar.

Bemordan tasodifiy tanlangan 12 ta obektni va uning ustun qo'lining barmoqlarini nomlash so'raladi. Har bir mavzu bo'yicha birinchi savol *"Bu nima?"* yoki *"U nima deyiladi?"*. Agar bemor javob bermasa, tekshiruvchi quyida tavsiflanganidek ko'rsatma berishi kerak. Agar bemor hali ham javob bermasa yoki xato qilsa, keyingi mavzuga o'ting.

Berilgan javobdan farqli javob, agar bemor bemor bilan bir xil madaniy va intellektual darajaga ega bo'lgan, ammo kognitiv nuqsonlari bo'lmagan shaxs tomonidan nomlanishi mumkin bo'lgan elementni nomlagan bo'lsa, to'g'ri hisoblanadi.

Ob'ektlarning tavsiflari, semantik yoki fonetik parafaziyalar to'g'ri javob hisoblanmaydi.

(Elementni kursatish)

Nima bu?

Bu qanday nomlanadi?

(barmoqlar)

Bu qanaqa barmoq?

Bu barmoq nima deb ataladi?

Baho

Obekt / barmoq	To'g'ri		Ishora
	Ha	Yoq	

GUL			Bog'da o'sadi
KROVAT			Ular bu bilan uxlashadi
SHAR			Unga puflaganingizda ovoz chiqaradi
QALAM			Ular bu bilan chizishadi
AYIQCHA			Bolalar o'yinchog'i
MASKA			Yuzni yashiradi
QAYCHI			Qog'ozni kesadi
BUYOQ			Soch uchun ishlatiladi
HAMYON			Ular ichida pul olib yurishadi
GITARA			Musiqqa asbobi
STETOSKOP			Shifokor sizning yuragingizni shunday tinglaydi
KUHLAR			Biror narsani olish
BOSH BARMOQ			
KO'RSATMA			
O'RTA			
ISIMSIZ			
KICHIK BARMOQ			

Darajasi: _____

- 0 ... 1-2 element noto'g'ri nomlangan;
1 ... 3-5 element noto'g'ri nomlangan;
2 ... 6-8 element noto'g'ri nomlangan;
3 ... 9-11 element noto'g'ri nomlangan;
4 ... 12-14 ta element noto'g'ri nomlangan;
5 ... 15-17 ta element noto'g'ri nomlangan.

Izohlar: _____

3. BUYRUQLAR

Ko'rsatmalar.

Bemorga 1 dan 5 gacha bo'lgan topshiriqlarni bajarish so'raladi. Har bir topshiriq bir marta o'qilishi kerak. Agar bemor javob bermasa yoki xato qilsa, butun vazifa yana takrorlanishi kerak. keyin keyingi vazifaga o'tishingiz kerak. Bemorga barcha vazifalarni berishingiz kerak.

Mashq qilish	To'g'ri	Noto'g'ri
1. MUSHT QILISH		
2. TEPAGA, keyin esa polga ishora		
Bemor oldidagi stolga qalam, soat va kartani shu tartibda qo'ying.		
3. QALAMNI KARTAGA QO'YIB, KEYIN QAYTA QO'YIB QO'YING		
4. SOATNI QALAMNING BOSHQA YOTIGA QO'YIB, KEYIN KARTANI AYLANG.		
5. KO'ZINGIZNI YUMIB HAR YELKAGA IKKI MARTA IKKI BARMOQ BILAN TEGISH		

Darajasi: _____

- 0 ... barcha topshiriqlar to'g'ri bajarilgan;
1 ... 1 topshiriq noto'g'ri bajarilgan, 4 ta to'g'ri;
2 ... 2 ta topshiriq noto'g'ri bajarilgan, 3 tasi to'g'ri;

- 3 ... 3 ta vazifa noto'g'ri, 2 tasi to'g'ri bajarilgan;
 4 ... 4 ta topshiriq noto'g'ri, 1 tasi to'g'ri bajarilgan;
 5 ... barcha topshiriqlar noto'g'ri bajarilgan.

Izohlar: _____

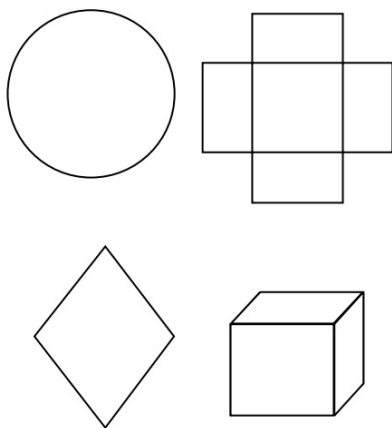
4. KONSTRUKTIV PRAKSIS

Ko'rsatmalar / vazifalar.

Bemorga to'rtta geometrik shaklni chizish taklif etiladi. Raqamlar birma-bir ko'rsatilgan. Bemorga qalam va silgi beriladi. Bemorga har bir raqam uchun ikkita urinish beriladi. Agar kerak bo'lsa, bemor silgidan foydalanishi mumkin. Agar bemor ikki marta urinishdan keyin raqamni takrorlay olmasa, keyingi rasmga o'ting.

Bemorga ayting: *"Siz bu qog'ozda rasmni ko'rasiz. Ushbu varaqda xuddi shu narsani chizishga harakat qiling .*

Baho	To'g'ri	Noto'g'ri
AYLANA (yopiq egri chiziq)		
KESISHISHGAN IKKI TO'RTBURCHAK (shakllar to'rt qirrali va kesishgan bo'lishi kerak, ko'satilganlarga mos kelishi kerak)		
ROMB (rasm to'rt qirrali bo'lishi kerak, shunday qilib yonaltirilgan bo'lishi kerak yuqorida va pastda burchaklar bo'lishi kerak, tomonlari taxminan bir xil uzunlikda bo'lishi kerak)		
KUB (rasm uch o'lchamli bo'lishi kerak, old tomoni to'g'ri joylashtirilgan bo'lishi kerak, ichki chiziqlar burchaklar orasiga to'g'ri chizilgan bo'lishi kerak)		



Darajasi: _____

- 0 ...barcha 4 ta rasm to'g'ri;
 1 ... 1 rasm noto'g'ri chizilgan;
 2 ... 2 ta raqam noto'g'ri chizilgan;
 3 ... 3 ta raqam noto'g'ri chizilgan;
 4 ... 4 ta rasm noto'g'ri chizilgan;
 5 ... bitta rasm chizilmagan, chizilgan; raqamlarning qismlari; raqamlar o'rniga so'zlar.

Izohlar: _____

5. IDEATOR PRAKSIS

Ko'rsatmalar / vazifalar.

Bemorga qog‘oz varag‘i, uzun konvert va qalam beriladi. Tadqiqotchi bemorga quyidagi ko‘rsatmalar beradi:

“Tasavvur qiling, siz xat yozdingiz. Ushbu qog‘oz varag‘ini oling, konvertga to‘g‘ri keladigan tarzda katlayin, keyin uni ichiga qo‘ying. Keyin konvertni muhrlab qo‘ying, manzilingizni yozing va muhr qaerda bo‘lishi kerakligini ko‘rsating . Agar bemor topshiriqning ayrim qismlarini unutib qo‘ysa yoki muammolarga duch kelsa, vazifaning qiyinchilik tug‘dirgan qismi bo‘yicha ko‘rsatmalar takrorlanishi kerak. Vazifaning har bir qismi uchun eslatma faqat bir marta berilishi mumkin. Agar bemor vazifaning biron bir qismini bajara olmasa, keyingisiga o‘ting.

Baho	To‘g‘ri	Noto‘g‘ri
Xatni katlayin		
XATNI konvertga soling		
Konvertni muhrlab qo‘ying		
MANZIL YOZING		
MARKA JOYINI KO‘RSATISH		

Darajasi: _____

0 ... topshiriqning barcha qismlari to‘g‘ri bajarilgan;

1 ... 1 qismni tugatmagan;

2 ... 2 qismni tugatmagan;

3 ... 3 qismni tugatmagan;

4 ... 4 qismni tugatmagan;

5 ... 5 qismni tugatmagan.

Izohlar: _____

6. YUNALISH

Ko‘rsatmalar / vazifalar.

Bemorga quyidagi savollarni birma-bir so‘rang. Bemor soat yoki kalendarni ko‘ra olmasligiga ishonch hosil qiling. Har bir noto‘g‘ri javob uchun bitta ball beriladi (maksimal 8 ball).

Baho	To‘g‘ri		
	Ha	Yoq	
SHAXSIYAT			(aniq)
HAFTA KUNI			(aniq)
KUN			(± 1 kun)
OY			(aniq)
YIL			(aniq)
YIL FASLI			(± 2 hafta)
KUN VAQTI			(± 1 soat)
JOY			(hech bo‘lmaganda qisman ism)

Bal: _____ (noto‘g‘ri javoblar soni)

Izohlar: _____

7. SO‘ZLARNI TANISH TOPSHIRIG‘I

Ko‘rsatmalar.

Bemorga 12 ta so‘zdan iborat ro‘yxatni eslab qolish uchun 3 marta urinish beriladi. Yodlash uchun so‘zlar so‘zni takrorlash vazifasi bilan bir xil. Bemordan so‘zlarni ovoz chiqarib o‘qish va ularni eslab

qolishga harakat qilish soʻraladi. Har bir sinovda 12 ta oʻrganilgan soʻz 12 ta yangi soʻz bilan almashtiriladi va bemordan eslashi kerak boʻlgan soʻzlarni tanlash soʻraladi.

Agar bemor soʻzni oʻqiy olmasa, tekshiruvchi uni baland ovozda aytishi kerak. Agar bemor topshiriqni eslamasa, savolni toʻliq takrorlash yoki uni takrorlash va bemorga eslatilganligini eslatib qoʻyish yaxshiroqdir.

Vazifalar.

Yodlash: *"Men sizga kartalarda yozilgan soʻzlarni koʻrsataman. Har bir soʻzni baland ovozda oʻqing va eslab qolishga harakat qiling .*

Taʼriflashga urinish: *"Men sizga boshqa soʻzlar toʻplamini koʻrsataman. Men sizga ularning baʼzilarini kartalarda koʻrsatdim, boshqa soʻzlar yangi. Har bir soʻz uchun ayting-chi, men buni sizga oldin koʻrsatdimmi?"*

Birinchi ikkita soʻz uchun: *"Bu men sizga avvalroq koʻrsatgan soʻzmi?"* yoki *"Men sizga bu soʻzni ilgari koʻrsatganmidim?"*

Boshqa soʻzlar uchun (3-24): *"Va bu soʻz?"*

Agar bemor toʻgʻri javob bersa, yaʼni. "Ha" yoki "yoq" u koʻrsatmalarni yaxshi eslab qolganligini anglatadi. 3-soʻz uchun ishlatiladigan protsedura 4-24 soʻzlar uchun takrorlanadi. Bemor topshiriqni unutgan har bir holat qayd etiladi ("Eslatma" ustuni).

Baho

Bemor har bir soʻzni baholaydi. Oldin koʻrsatilgan soʻzlarga (qalin harflarda) "ha" deb aytishi kerak. Notoʻgʻri javoblar soyali. Eslatmalar tegishli ustunda qayd etilgan.

Bal (notoʻgʻri javoblar soni) _____ (maksimal 12)

Izohlar: _____

8. Vazifalar boʻyicha koʻrsatmalarni eslab qolish

Koʻrsatmalar.

Ushbu test bemorning soʻzni aniqlash vazifasi talablarini eslab qolish qobiliyatini baholaydi. har bir soʻz guruhi uchun. Bemordan soʻraladi:

- Ikkita yangi soʻzni koʻrsatayotganda: *"Men bu soʻzni sizga oldin koʻrsatganmidim yoki birinchi marta koʻryapsizmi?"*

- Uchinchi soʻzni koʻrsatayotganda: *"Va bu soʻz?"*

Agar bemor toʻgʻri javob bersa, yaʼni. "Ha" yoki "yoq" u koʻrsatmalarni yaxshi eslab qolganligini anglatadi. 3-soʻz uchun ishlatiladigan protsedura 4-24 soʻzlar uchun takrorlanadi. Bemor har safar vazifani unutganida qayd qilinadi (eslatma).

Baho.

Eslatmalarning umumiy soni (7-topshiriq):

- bemor qoʻshimcha eslatmalarni talab qilmadi;
- juda yumshoq daraja - bitta eslatma;
- yengil daraja - eslatma ikki marta talab qilindi;
- oʻrta daraja - eslatma 3-4 marta talab qilindi;
- oʻrtacha daraja - eslatma 5-6 marta talab qilingan;
- ogʻir daraja - eslatma 7 yoki undan koʻp marta talab qilingan.

Darajasi: _____

Izohlar: _____

9. NUTQ RAVONLIGINI TEKSHIRISH

Koʻrsatmalar.

Ushbu testda imtihonchi bemorning butun test davomida nutqini baholashi kerak. Ushbu testda nutqning miqdoriy xususiyatlari va soʻzni topish qiyinchiliklari baholanmaydi. Shuni taʼkidlash kerakki, yuqori ball (4-5) gapirish qobiliyati juda zaif boʻlgan bemorlarga tegishli boʻlib, ular kamdan-kam hollarda qiyinchiliksiz oʻzlarini ifoda eta oladilar.

Baho.

- 0 ... bemorni tushunish qiyin boʻlgan holatlar yoq edi;
- 1 ... juda yengil buzilishlar - nutqning tushunarligining pasayishining 1 ta holati;
- 2 ... engil buzilish - bemor 25% dan kamroq vaqt davomida qiyinchiliklarni boshdan kechiradi;
- 3 ... Oʻrtacha buzilish - bemor 25 dan 50% gacha qiyinchiliklarga duch keladi;
- 4 ... Oʻrtacha buzilish - bemorning 50% dan koʻprogʻida qiyinchiliklarga duch keladi;
- 5 ... talaffuz qilingan buzilishlar - 1 yoki 2 soʻzni talaffuz qiladi; silliq, ammo maʼnosiz nutq; mutizm.

Darajasi: _____

Izohlar: _____

10. SOʻZ TANLASHDAGI QIYINCHILIKLAR

Koʻrsatmalar.

Toʻqqizinchi test bilan birgalikda ushbu test ekspressiv nutqning buzilishini baholashga imkon beradi, lekin u faqat soʻzlarni tanlashda qiyinchiliklarni baholaydi, 9-boʻlimda esa bemorning ogʻzaki muloqot qilish qobiliyatining darajasi baholanadi. Ushbu testda tadqiqotchi bemorning spontan nutq paytida toʻgʻri soʻzlarni tanlashda qiyinchiliklarga duchor boʻlganligini aniqlashi kerak. Bemor bu qiyinchiliklarni soʻzma-soʻzlik yordamida bartaraf etishi mumkin, yaʼni. izohli iboralar yoki taxminan mos sinonimlarni kiritish. Ushbu test obʼekt va barmoq nomini oʻz ichiga olmaydi.

Baho.

- 0 ... spontan nutqda soʻzlarni tanlashda qiyinchiliklar yoq;
- 1 ... juda yengil buzilishlar - 1 yoki 2 holat, klinik ahamiyatga ega emas;
- 2 ... Yengil buzilishlar - sezilarli soʻzlashuv yoki sinonimlar bilan almashtirish;
- 3 ... moʻtadil buzilish - kompensatsiyasiz soʻzlarni davriy yoqotish;
- 4 ... moʻtadil buzilishlar - kompensatsiyasiz soʻzlarni tez-tez yoqotish;
- 5 ... aniq buzilishlar - kalit soʻzlarning deyarli toʻliq yoqolishi; nutq maʼnosiz eshitiladi; 1-2 soʻzni aytadi.

Darajasi: _____

Izohlar: _____

11. TUSHUNISH

Koʻrsatmalar.

Ushbu test bemorning nutqni tushunish qobiliyatini baholaydi va tekshiruvchi kirish muhokamasi, testlar batareyasi va iloji boʻlsa, kognitiv funksiyani baholash bilan bogʻliq boʻlmagan testlar paytida bemorning imtihonchi nutqini qanchalik yaxshi tushunishini baholashi kerak. Buyruqlarni bajarish bu testga kiritilmagan.

Baho.

- 0 ... nutqni tushunishning pasayishiga dalil yoq;
- 1 ... juda yengil qoidabuzarliklar - 1 ta tushunmovchilik holati;
- 2 ... Yengil qoidabuzarliklar - tushunmovchilikning 3-5 ta holati;
- 3 ... moʻtadil qoidabuzarliklar - bir necha marta takrorlash talab etiladi, parafraz;
- 4...oʻrtacha ogʻir buzilishlar - bemor vaqti-vaqti bilan toʻgʻri javob beradi; bular. ha / yoq savollar;
- 5 ... talaffuz qilingan buzilishlar - bemor kamdan-kam hollarda savollarga toʻgʻri javob beradi, bu zaif nutq tufayli emas.

Darajasi: _____

Izohlar: _____

12. Diqqatni jamlash va chalgʻitish

Ko'rsatmalar.

Ushbu test bemorni kichik ogohlantirishlar bilan chalg'itish chastotasini va / yoki fikrlarni yoqotish yoki o'z fikrlariga o'tish tufayli bemorning diqqatini tadqiqotga qaytarishi kerak bo'lgan chastotani baholaydi.

Baho.

- 0 ... konsentratsiyaning pasayishi yoki chalg'ituvchanlik belgilari yoq;
- 1 ... juda yengil buzilish - konsentratsiyaning pasayishi yoki chalg'ituvchanlikning 1 ta holati;
- 2 ... Yengil buzilishlar - konsentratsiyani kamaytirish yoki chalg'itishning 2-3 holati; qo'zg'alish va e'tiborsizlik belgilari;
- 3...o'rtacha qoidabuzarliklar – o'rganish davomida 4–5 ta holat;
- 4...o'rtacha og'ir buzilishlar - konsentratsiya kamayadi; o'rganishning ko'p qismida chalg'itish;
- 5 ... jiddiy buzilish - diqqatni jamlash juda qiyin; bemor juda oson va tez-tez chalg'itadi; vazifalarni bajara olmaydi.

Darajasi: _____

Izohlar: _____

13. RAQAMLARNI O'CHIRISH

Ko'rsatmalar

Sinov varag'ini bemorning oldiga qo'ying va unga qalam bering.

Bemorga ayting: *"Endi biz keyingi vazifani bajaramiz. Ushbu sahifaning yuqori qismida siz ikkita raqamni ko'rasiz. Sahifada bu raqamlar boshqalar bilan almashtiriladi. Har bir satrda sahifaning yuqori qismidagi raqamlarga mos keladigan raqamlarni iloji boricha tezroq kesib tashlang .*

Agar bemor vazifani tushunmasa, uni bir marta takrorlashingiz mumkin. 60 soniyadan so'ng vazifani to'xtating.

7 8 7 5 2 2 1 6 9 3 1 4 8 7 9 3 5 4 7 5 1 6 8 7 3 2 3 9 3 7
3 9 2 6 4 3 9 3 4 1 2 1 6 1 6 3 2 3 4 7 3 2 6 3 1 3 7 8 6 7
1 7 1 3 6 3 9 8 6 5 1 8 3 4 2 6 9 5 6 1 9 3 6 8 7 2 5 4 6 8
8 6 8 1 4 7 2 6 8 7 5 6 3 2 6 4 1 6 8 4 5 3 4 7 9 7 3 6 8 6
2 3 9 6 5 3 5 6 7 3 5 5 9 3 3 8 1 8 2 2 6 2 6 6 1 7 2 8 2 9
7 9 3 8 1 7 6 1 5 1 8 4 3 3 8 7 5 4 2 7 9 7 3 6 8 6 5 4 7 4
3 6 1 6 3 5 4 8 3 9 3 4 7 1 3 4 3 6 1 6 7 1 7 6 7 3 5 2 9 8
7 5 2 2 1 6 9 3 1 4 8 7 9 3 4 1 7 5 2 2 1 6 8 3 1 4 8 7 9 3

Baho.

To'g'ri chizilgan raqamlar soni :

Noto'g'ri chizilgan raqamlar soni :

Farqi:

- 0 ... farq > 30;
- 1 ... farq = 24–30;
- 2 ... farq = 18–23;
- 3 ... farq = 12–17;
- 4 ... farq = 6–11;
- 5... farq < 6.

Darajasi: _____

Izohlar: _____

14. LABIRINTDAN O'TISH

Ko'rsatmalar / vazifalar.

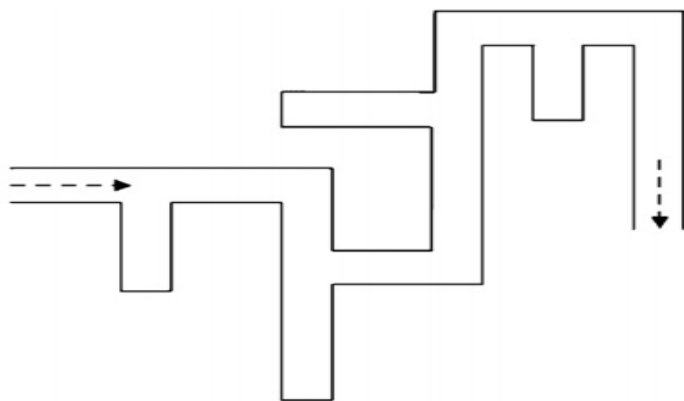
Bemorning oldiga labirintni qo'ying va unga qalam bering.

Bemorga ayting: “Iltimos, bu labirint orqali qat’iy chiziqlarni kesib o’tmasdan yoki boshi berk ko’chaga kirmasdan, shu yerdan boshlab chiziq torting. Esda tutingki, siz shu yerdan boshlashingiz kerak va siz qattiq chiziqlarni kesib o’ta olmaysiz yoki boshi berk ko’chaga chiqa olmaysiz.”

Ko’rsatmalarni bir marta takrorlashingiz mumkin. Agar bemor test paytida tiqilib qolsa, xatolikka yol qo’ymaslik uchun ularga bir marta qaerdan boshlash kerakligini ko’rsatishingiz mumkin.

Vazifani bajarish vaqtini yozib oling.

Agar bemor o’lik nuqtalarga duch kelsa yoki ish vaqti 240 soniyadan oshsa, testni bekor qiling va natijani 240 soniya (maksimal natija) sifatida kiriting.



Baho.

0...0–30 soniya;

1 ... 31–60 soniya;

2 ... 61–90 soniya;

3 ... 91–120 soniya;

4 ... 121–239 soniya;

5...240 soniya.

Darajasi: _____

Izohlar: _____

	Mashq qilish	Ballar	Baho
1.	So’zlarni takrorlash vazifasi	Bal = uchta sinovda nomlanmagan o’rtacha 10 ta oson so’z. Maksimal ball = 10	
2.	Ob’ektlar va barmoqlarni nomlash	0 = 1-2 ta element noto’g’ri nomlangan; 1 = 3–5 ta element noto’g’ri nomlangan; 2 = 6–8 ta element noto’g’ri nomlangan; 3 = 9–11 ta element noto’g’ri nomlangan; 4 = 12–14 ta element noto’g’ri nomlangan; 5 = 15–17 ta element noto’g’ri nomlangan	
3.	Buyruqlar	0 = barcha vazifalar to’g’ri bajarilgan; 1 = 1 vazifa noto’g’ri, 4 ta to’g’ri; 2 = 2 ta vazifa noto’g’ri, 3 tasi to’g’ri; 3 = 3 ta vazifa noto’g’ri, 2 tasi to’g’ri; 4 = 4 ta vazifa noto’g’ri, 1 ta to’g’ri; 5 = barcha vazifalar noto’g’ri bajarilgan	
4.	Konstruktiv amaliyot	0 = barcha 4 ta rasm to’g’ri; 1 = 1 rasm noto’g’ri chizilgan;	

		2 = 2 ta raqam noto'g'ri chizilgan; 3 = 3 ta raqam noto'g'ri chizilgan; 4 = 4 ta raqam noto'g'ri chizilgan; 5 = hech qanday rasm chizilmagan, chizilgan; raqamlarning qismlari; raqamlar o'rniga so'zlar	
5.	Ideatorlik amaliyoti	0 = vazifaning barcha qismlari to'g'ri bajarilgan; 1 = 1 qismni tugatmagan; 2 = 2 qismni tugatmagan; 3 = 3 qismni tugatmagan; 4 = 4 qismni tugatmagan; 5 = 5 qismni tugatmagan	
6.	Orientatsiya	Har bir noto'g'ri javob uchun bitta ball beriladi. Maksimal ball = 8	
7.	So'zni aniqlash vazifasi	Bal = uchta urinishdagi noto'g'ri javoblarning o'rtacha soni. Maksimal ball = 12	
8.	Vazifa ko'rsatmalarini eslab qolish	0 = bemor qo'shimcha eslatmalarni talab qilmadi; 1 = juda yumshoq - bitta eslatma; 2 = yumshoq - eslatma ikki marta talab qilinadi; 3 = o'rtacha - eslatma 3-4 marta talab qilinadi; 4 = o'rtacha - eslatma 5-6 marta talab qilinadi; 5 = qattiq - eslatma 7 yoki undan ko'p marta talab qilinadi	
9.	Nutq qobiliyati	0 = bemorni tushunish qiyin bo'lgan holatlar yoq edi; 1 = juda yengil buzilish - nutqning tushunarligini pasayishining 1 ta holati; 2 = yengil buzilish - bemor 25% dan kamroq vaqtni boshdan kechiradi; 3 = o'rtacha buzilish - bemor 25 dan 50% gacha qiyinchiliklarni boshdan kechiradi; 4 = o'rtacha buzilish - bemor 50% dan ko'proq vaqtni boshdan kechiradi; 5 = jiddiy buzilish - 1 yoki 2 so'zni talaffuz qiladi; silliq, ammo ma'nosiz nutq; mutizm	
10.	Spontan nutqda so'zlarni tanlashda qiyinchiliklar	0 = spontan nutqda so'zlarni topishda qiyinchilik yoq; 1 = juda yengil buzilish - 1 yoki 2 holat, klinik ahamiyatsiz; 2 = yengil qoidabuzarliklar - sezilarli so'zlashuv yoki sinonimlar bilan almashtirish; 3 = o'rtacha buzilish - kompensatsiyasiz vaqti-vaqti bilan so'zlarni yoqotish; 4 = o'rtacha buzilish - kompensatsiyasiz tez-tez so'zlarni yoqotish; 5 = jiddiy buzilish - kalit so'zlarning deyarli to'liq yoqolishi, nutq ma'nosiz tovushlar; 1-2 so'zni aytadi	
11.	Tushunish	0 = nutqni tushunishning pasayishiga dalil yoq; 1 = juda yengil qoidabuzarliklar - 1 tushunmovchilik holati; 2 = yengil buzilishlar - tushunmovchilikning 3-5 ta holati;	

		3 = mo'tadil buzilishlar - bir necha marta takrorlashni, parafrazlashni talab qiladi; 4 = o'rtacha buzilish - bemor vaqti-vaqti bilan to'g'ri javob beradi; bular. ha / yoq savollar; 5 = jiddiy buzilish - bemor kamdan-kam hollarda savollarga to'g'ri javob beradi, bu zaif nutq tufayli emas	
12.	Konsentratsiya va chalg'itish	0 = konsentratsiyaning pasayishi yoki chalg'ituvchanlik belgilari yoq; 1 = juda yengil buzilish - 1 ta konsentratsiyaning pasayishi yoki chalg'ituvchanlik; 2 = yengil buzilish - konsentratsiyaning pasayishi yoki chalg'ituvchanlikning 2-3 holati; qo'zg'alish va e'tiborsizlik belgilari; 3 = o'rtacha darajadagi buzilish - tadqiqot davomida 4-5 holat; 4 = o'rtacha buzilish - o'rganishning ko'p qismida konsentratsiyaning pasayishi, chalg'ituvchanlik; 5 = jiddiy buzilish - diqqatni jamlash juda qiyin, bemor juda oson va tez-tez chalg'itadi; vazifalarni bajara olmaydi	
13.	Raqaamlarni kesib tashlash	0 = farq > 30; 1 = farq = 24–30; 2 = farq = 18–23; 3 = farq = 12–17; 4 = farq = 6–11; 5 = farq < 6	
14.	Labirint bo'ylab yurish	0 = 0–30 soniya; 1 = 31–60 soniya; 2 = 61–90 soniya; 3 = 91–120 soniya; 4 = 121–239 soniya; 5 = 240 soniya	

Natija: _____

Izohlar: _____

ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Yeaw J., Benner J.S., Walt J.G., Sian S., Smith D.B. Comparing adherence and persistence across 6 chronic medication classes // J. Manag. Care Pharm. 2009; 15 (9): 728-40. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19954264/>
2. Haynes R.B., Ackloo E., Sahota N., McDonald H.P., Yao X. Interventions for enhancing medication adherence // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008 (Issue 2): CD000011. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25412402/>
3. Borah B., Sacco P., Zarotsky V. Predictors of adherence among Alzheimer's disease patients receiving oral therapy // Curr. Med. Res. Opin. 2010; 26 (8): 1957-1965. https://www.researchgate.net/publication/44693494_Predictors_of_adherence_among_Alzheimer's_disease_patients_receiving_oral_therapy
4. Levin O.S., Vasenina E.E. Kognitiv buzilish va demans diagnostikasi va davolash. - M.: Medpress-inform, 2015 yil. -80 s. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://static-sl.insales.ru/files/1/873/11576169/original/dia_i_lech_kogn_nar_i_dem_v_klinich_pr.pdf
5. Gavrilova S.I. Alsgeymer kasalligi. Diagnostika va terapiya haqidagi zamonaviy g'oyalar. M., 2012 yil. 80 https://www.rmj.ru/articles/obshchiestati/Bolezny_Alycgeymera_sovremennoe_predstavleniya_o_diaagnostike_i_terapii/?utm_source=google.com&utm_medium=organic&utm_campaign=google.com&utm_referrer=google.com dan
6. Stamouli S.S., Tzanakaki M., Giatas S., et al., Multicenter Observational Study for Patients with Alzheimer's Disease Treated with Memantine in the Clinical Practice// Dement Geriatr. CognDisord. Extra. 2011; 1: 10-19. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22163229/>
7. Carnahan, R. M., Lund, B. C., Perry, P. J. and Chrischilles, E. A. (2004). The Concurrent Use of Anticholinergics and Cholinesterase Inhibitors: Rare Event or Common Practice? // Journal of the American Geriatrics Society, 52: 2082-2087. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52563. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15571547/>
8. Alsgeymer kasalligida kognitiv buzilish . <https://cyberleninka.ru/article/n/kognitivne-narusheniya-pri-depressii-i-bolezni- Alsgeymera-differensialnaya-diagnostika-i-podhody-k-terapii>
9. Demensiya <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
10. Alsgeymer kasalligi. <https://7010303.ru/zabolevaniya/bolezni-alsgeymera/>