

O‘zbekiston Respublikasi  
Sog‘liqni Saqlash vazirining  
2025 yil “23” iyundagi  
180-son buyrug‘iga  
33-Ilova

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

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

**Toshkent 2025**

**«TASDIQLAYMAN»**  
**ToshPTI rektori professor**  
**B. T. Daminov**



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **2025 yil**

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

**Toshkent 2024**

## Mundarija

“ALTSGEYMER KASALLIGIDA DEMENSIYA BILAN OG’RIGAN BEMORLARNI  
DIAGNOSTIKASI VA BOSHQARISH TAKTIKASI ” MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI  
.....5

DEMENSIYA VA ALTSGEYMER BILAN OG’RIGAN BEMORLARNI DAVOLASH  
TAKTIKASI MILLIY KLINIK  
PROTOKOLI.....23

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

## 1. Kirish qismi

### 1.1. XKK-10 kodlari:

G30.0	Altsgeymer kasalligi
Havola: <a href="https://www.rlsnet.ru/mkb/bolezni-alcgeimera-142">https://www.rlsnet.ru/mkb/bolezni-alcgeimera-142</a>	

### XKK-11 kodlari:

8A20	Altsgeymer kasalligi
Havola: <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1611724421">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1611724421</a>	

**1.2. Protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi:** 2024 yil, qayta ko'rib chiqish sanasi 2026 yil yoki yangi asosiy dalillar paydo bo'lishi bilan. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan har qanday tuzatishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi.

**1.3. Ushbu klinik protokolni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa:** Toshkent tibbiyot akademiyasi.

**1.4. Klinik protokol va standartni ishlab chiqishda quyidagi odamlar hissa qo'shgan (bu erda protokolni ishlab chiqishni tashkil etishga hissa qo'shganlarning ismlarini kiriting):**

1.		
----	--	--

### 1.5. Mualliflar ro'yxati:

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

### 1.6. 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 bayonnomaga 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 Rahimbayeva G.S.

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

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

(Ushbu qism ilmiy kengash, ishchi guruh yig'ilishi haqida to'ldirilishi kerak)

### 1.6. Texnik ko'rib chiqish va tahrirlash

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

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

1.		
----	--	--

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazir o‘rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

### Foydalanilgan qisqartmalar ro'yxati

AG - arterial gipertenziya  
ALT - alanin aminotransferaza  
AST - aspartat aminotransferaza  
AD - Altsgeymer 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-tasvir  
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 tomografiyasiPI  
BTY - 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

### Protokolning maqsadli guruhi :

- sog'liqni saqlash tashkilotchilari
- terapevtlar
- umumiy amaliyot shifokorlari
- nevrologlar
- genetiklar
- psixonevrologlar va psixoterapevtlar
- psixologlar

- tez yordam va tez yordam shifokorlari
- rehabilitologlar
- dietologlar
- endokrinologlar
- psixiatrlar
- tibbiyot universitetlari va kollejlari talabalari,
- tibbiyot universitetlari va kollejlari o'qituvchilari,
- rezidentlar, magistratura rezidentlari (aspiranturadan keyingi ta'lim).
- **Bemorlarning toifalari:** Altsgeymer kasalligiga shubha qilingan kattalar va Altsgeymer kasalligi tashxisi aniqlangan bemorlar.

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

<b>CDR -0</b>	<b>Demensiya yo'q</b>	<b>Belgilar</b>
<b>CDR -0,5</b>	<b>Shubhali demensiya</b>	Xotira bilan bog'liq kichik muammolar, vaqt va muammolarni hal qilish bilan bog'liq ba'zi qiyinchiliklar; kundalik hayot biroz buziladi
<b>CDR-1</b>	<b>Yengil demensiya</b>	O'rtacha xotira yo'qolishi, 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.
<b>CDR-2</b>	<b>O'rtacha demensiya</b>	Faqat yuqori darajada o'rganilgan materialni saqlab qolish orqali chuqurroq xotira yo'qolishi; vaqt va joyda yo'nalishni yo'qotish; sog'lom fikrga ega emas va qiyinchiliklarga duch keladi; uyda funktsiyalarni bajarishda mustaqillik kam yoki umuman yo'q; faqat oddiy yumushlarni qila oladi va bir nechta qiziqishlarga ega.
<b>CDR-3</b>	<b>Og'ir demensiya</b>	Qattiq xotira yo'qolishi, vaqt yoki joyga yo'naltirilmagan, hech qanday hukm yoki muammoni hal qilish; uydan tashqarida ijtimoiy tadbirlarda qatnasha olmaydi, kundalik hayotning barcha vazifalarida yordamga muhtoj va shaxsiy gigiena bo'yicha <a href="#">yordamga muhtoj</a> . Siydik chiqarishni o'g'irlab ketish odatiy holdir.

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

<b>Bosqichlar</b>	<b>Xarakterli</b>	<b>Tashxis</b>
<b>1</b>	Xotirani yo'qotish haqida shikoyatlar yo'q (boshqa kognitiv muammolar); kundalik faoliyatning buzilishi yo'q	<b>Norm</b>
<b>2</b>	Xotirani yo'qotish shikoyatlari (unutish, ismlar uchun xotiraning zaiflashishi, ob'ektlarni topishda qiyinchilik). Semptomlar yaqinlar yoki shifokor uchun aniq emas.	<b>Subyektiv kognitiv buzilish</b>
<b>3</b>	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 davomiylik: demans boshlanishidan 7 yil oldin	<b>Engil kognitiv buzilish</b>
<b>4</b>	Kognitiv nuqson klinik tekshiruv bilan aniq aniqlanadi; shaxsiy va joriy voqealarni unutish; sayohat qilish va moliyaviy ishlarni boshqarishda qiyinchiliklar. O'rtacha muddat: 2 yil	<b>Engil kognitiv buzilish</b>

<b>5</b>	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	<b>O'rtacha og'ir kognitiv buzilish</b>
<b>6</b>	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 yo'qotish), kundalik hayotda muhim yordam talab qiladi; jiddiy xulq-atvor muammolari (masalan, qo'zg'alish, deliryum). Shuningdek, ular 10 dan pastga sanash va vazifalarni bajarishda qiyinchiliklarga duch kelishadi. O'rtacha davomiyligi: 2,5 yil	<b>Og'ir kognitiv buzilish</b>
<b>7</b>	Nutq aloqasi va harakat qilish qobiliyatini yo'qotish. O'rtacha davomiyligi: 2,5 yil	<b>Juda og'ir kognitiv buzilish</b>

## KIRISH

Altsgeymer kasalligi (AK) progressiv neyrodegenerativ bosh miya kasalligi bo'lib, odamning xotirasini va kundalik faoliyatni bajarish qobiliyatini asta-sekin kamaytiradi. Altsgeymer kasalligi o'sib ulg'aygan sayin, ba'zi odamlar shaxsiyat va xulq-atvorda o'zgarishlarga duch kelishadi. Altsgeymer kasalligi belgilarining paydo bo'lishiga qarab, kasallikning davomiyligi 3 yildan 20 yilgacha o'zgarishi mumkin. Shu bilan birga, demansgacha bo'lgan kognitiv funktsiyalarning chuqurlashishi miya hujayralari o'limining ko'payishi bilan bog'liq va o'z-o'zidan o'limga olib kelishi mumkin. Altsgeymer kasalligi bilan og'rigan bemorlar boshqalarning g'amxo'rlikiga muhtoj. Xalqaro Altsgeymer kasalligi (XAK) ma'lumotlariga ko'ra, tadqiqotlar 2010 yilda 36 million kishini tashkil etgan demans 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 astma tashxisi tasdiqlangan 45 ming kishi ro'yxatga olingan. Astma 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. Engil va hatto o'rtacha og'ir demensiya klinik amaliyotda kam tashxis qo'yilgan. Altsgeymer kasalligining rivojlanishini tezlashtiradigan yoki sekinlashtiradigan ko'plab omillar mavjud. Altsgeymer 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 Altsgeymer kasalligi bilan og'rigan bemorlar orasida engil kognitiv buzilish sezilarli ulushga ega, bu patologik tadqiqotlar bilan tasdiqlangan. Yengil kognitiv buzilishning amnestik bo'lmagan shakli ham mavjud va u Altsgeymer kasalligiga emas, balki boshqa kasalliklarga, xususan, qon tomir demansga o'tishi mumkin. Bundan tashqari, ba'zi bemorlarda engil kognitiv buzilish umuman preklinik demensiyaning anglatmaydi va qaytariladigan holatdir; Ushbu bemorlarning ba'zilari 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, astma 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 astma 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.

### **Altsgeymer kasalligi bilan og'rigan bemorlarni tashxislash va davolash protokolini yaratishning maqsad va vazifalari**

Ushbu bayonnomani yaratishdan maqsad Altsgeymer kasalligiga shubha qilingan bemorlarga yuqori sifatli tashxis qo'yish va O'zbekiston Respublikasida Altsgeymer kasalligini davolash uchun yangi dori vositalarini so'nggi dalillarga asoslangan ilmiy ma'lumotlarga muvofiq dasturli qo'llashdan iborat.

Ushbu maqsadga erishish uchun protokol ishlab chiquvchilari quyidagi vazifalarni hal qildilar:

1. Altsgeymer bilan kasallangan bemorlarni o'z vaqtida, sifatli tashxislash va davolashni me'yoriy-uslubiy asos bilan ta'minlash;
2. Kasallikni erta tashxislash imkoniyatini kengaytirish.
3. Davolash dasturini yangi dori vositalari va Altsgeymer kasalligini davolash rejimlari bilan bosqichma-bosqich kengaytirish.

## XKK-10 kodlari

Kasalliklarning xalqaro tasnifida, 10-tasvirda (XKK-10) astma G30 toifasiga kiritilgan:

G30.0 - Altsgeymer kasalligining erta boshlanishi (odatda 65 yoshdan kichik odamlarda paydo bo'ladi).

G30.1 - kech boshlangan Altsgeymer kasalligi (odatda 65 yoshdan oshgan odamlarda boshlanadi).

G30.8 - Altsgeymer kasalligining boshqa shakllari.

G30.9 - Altsgeymer kasalligi, aniqlanmagan.

## XKK-11 kodlari

6D80 Altsgeymer tufayli aqliy zaiflik

6D80.0 Erta boshlangan Altsgeymer kasalligi tufayli aqliy zaiflik

6D80.1 Kech boshlangan Altsgeymer kasalligi tufayli aqliy zaiflik

6D80.2 Altsgeymer kasalligi va serebrovaskulyar kasallik tufayli aqliy zaiflik, aralash turi

6D80.3 Altsgeymer kasalligi va boshqa qon tomir bo'lmagan etiologiyali kasallik tufayli kelib chiqqan demensiya, aralash turi

6D80.Z Altsgeymer kasalligi tufayli kelib chiqqan aqliy zaiflik, boshlanishi noma'lum yoki aniqlanmagan

## TA'RIFI VA TASNIFI

### 1.1. Altsgeymer kasalligi ta'rifi.

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

Altsgeymer kasalligi rivojlanishi uchun xavf omillari:

Altsgeymer kasalligi rivojlanishi uchun ma'lum xavf omillari	Altsgeymer kasalligi rivojlanishining taxminiy xavf omillari
<ul style="list-style-type: none"><li>- Keks yosh</li><li>- Oila tarixi</li><li>- jins va gormonlarning ta'siri (ayollarda Altsgeymer kasalligi rivojlanish xavfi yuqori).</li><li>- Genetik omillar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ta'lim darajasi past</li><li>- Oksidlanish va yallig'lanish stressi.</li><li>- Chekish.</li><li>- oldingi travmatik miya shikastlanishi</li><li>- Kimyoviy moddalarga ta'sir qilish.</li><li>- Depressiya</li><li>- Giperxolesterolemiya</li><li>- Gipertenziya.</li><li>- Qandli diabet</li><li>- gomosistein miqdorining oshishi</li></ul>

Altsgeymer 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 molekulyar og'irlikdagi erimaydigan membrana oqsilining shakllanishiga olib keladi, uning yo'q 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 neyrofibrilyar

chigallarning rivojlanishiga va AKning rivojlanishiga olib keladigan patologik jarayonlar kaskadini qo'zg'atadi. Beta-amiloid cho'kmasi va neyrofibrilyar chigallar sinapslar va neyronlarning yo'qolishiga olib keladi, bu esa o'z navbatida miyaning ta'sirlangan hududlarini qo'pol atrofiyaga olib keladi.

Altsgeymer 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. Altsgeymer 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'riqan bemorlarga g'amxo'rlik qilishning umumiy qiymati kasallikning bosqichi bilan ortadi. Altsgeymer 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 engil Altsgeymer bilan og'riqan 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, Altsgeymer kasalligi AQSh aholisining o'lim sabablari orasida 4-o'rinni egallaydi va bunday bemorlarning umumiy soni 4 millionga yaqin kishini tashkil qiladi. Altsgeymer 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.

## **1.2. Altsgeymer kasalligining tasnifi.**

Altsgeymer kasalligining zamonaviy tasnifi yoshga asoslangan. XKK10-versiyasiga (1992) muvofiq Altsgeymer kasalligining ikkita klinik turi ajratiladi:

1. Erta boshlangan Altsgeymer kasalligi, ya'ni. 65 yoshgacha (sinonimlari: 2-toifa Altsgeymer kasalligi, Altsgeymer tipidagi presenil demensiya) asosan presenil yoshda rivojlanadi, xotira, intellektual faollik va yuqori kortikal funktsiyalarda buzilishlarning barqaror rivojlanishi bilan birga keladi va umumiy demansning rivojlanishiga olib keladi. nutq, praxis va opto-fazoviy faoliyatning jiddiy buzilishlari bilan ( afato-aprakto-agnostik demans). Demensiya sindromining tuzilishi va asosiy klinik ko'rsatkichlariga ko'ra, u birinchi marta A. Altsgeymer (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 Altsgeymer kasalligi, ya'ni. 65 yildan keyin (sinonimlar: 1-toifa Altsgeymer kasalligi, Altsgeymer 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 demans rivojlanadi; yuqori kortikal funktsiyalar, bu (presenil AKdan farqli o'laroq) ) nisbatan kamdan-kam hollarda og'ir kortikal fokal buzilishlar darajasiga etadi, 75 dan 85% gacha Altsgeymer 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 Altsgeymer kasalligi va aralash turdagi demensiyaning ajratish mumkin, ya'ni. AK va qon tomir demensiyaga xos bo'lgan ko'rinishlarning kombinatsiyasi.

## **ALTSGEYMER KASALLIKI TASHXISI**

### **2.1. Diagnostika mezonlari**

Shikoyatlar: xotiraning progressiv yomonlashuvi, o'z shaxsiyatidagi disorientatsiya, kundalik ko'nikmalarni yo'qotish, 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: engil, o'rtacha va og'ir demans. Ba'zida 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 engil qiyinchiliklar, ijtimoiy yoki kasbiy faoliyatning saqlanib qolishi yoki ozgina yomonlashishi bilan doimiy engil unutish shaklida namoyon bo'ladi. kundalik faoliyatni to'liq saqlash.

Engil demensiya bosqichida xotira buzilishi (ayniqsa, hozirgi voqealar uchun) kuchayadi va boshqalarga ayon bo'ladi va xronologik, shuningdek, geografik yo'nalishda 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 funktsiyalarning buzilishi (nutq, praksis, optik-fazoviy faoliyat) allaqachon "engil" demensiya bosqichida aniq zo'ravonlikka etadi. Senil Altsgeymer 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 funktsiyalarning buzilishi bilan birga ustunlik qiladi, miyaning temporo-parietal qismlarining shikastlanishiga xosdir, ya'ni. dismneziya, disfazi, 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 yo'naltirish 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 o'zlariga g'amxo'rlik qilishda ham doimiy yordam va yordamga muhtojdirlar. Keksa turdagi astma bilan og'rigan bemorlar amnestik disorientatsiya 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'i nazar) chuqur xotira buzilishi bilan umumiy demans, to'liq fiksatsiya amneziasini va jamiga yaqin amnestik disorientatsiya bilan tavsiflanadi. Bemorlar vaqt va atrof-muhit haqidagi tushunchalarini butunlay yo'qotadilar 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 yo'qotadilar. 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 kekse 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 ko'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, demans 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'rtidan 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, gallyutsinatsiyalar 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 funktsional 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, astmaning umrbod diagnostikasi quyidagi majburiy belgilar mavjudligiga asoslanadi:

- demensiya sindromining mavjudligi;

Kognitiv funktsiyalarning 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 funktsiyalardagi 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 funktsiyalarning pasayishi bilan tavsiflanadi;

har qanday boshqa kasallik yoki markaziy asab tizimining shikastlanishi, demans sindromini keltirib chiqarishi ma'lum bo'lgan tizimli kasallik yoki intoksikatsiya holatini ko'rsatadigan klinik yoki maxsus paraklinik tadqiqotlar ma'lumotlarining etishmasligi (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.

### **XKK-10 (1995) bo'yicha Altsgeymer kasalligining tashxislash mezonlari**

Alomatlar	Yuqori kortikal funktsiyalarning bir nechta kamchiliklari, shu jumladan xotiraning buzilishi va kognitiv funktsiyalardan kamida bittasi: <ul style="list-style-type: none"><li>• nutqlar</li><li>• praksis (ijroiya faoliyati)</li><li>• gnoz (optik-fazoviy faoliyat)</li><li>• fikrlash</li></ul>
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 mezonlari	Ongning buzilishi

Sanab o'tilgan diagnostika mezonlaridan foydalanish AK klinik tashxisining aniqligini 90-95% gacha oshirishga imkon berdi (Jellinger KA, Baner 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, Altsgeymer tipidagi demensiyaning (AK) morfologik diagnostikasi keksalik (neyritik) blyashka va neyrofibrillar chigallarni miqdoriy baholashga asoslanadi. , tashxisni tasdiqlash uchun zarur bo'lgan neokorteks va / yoki hipokampusdagi 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 / mm<sup>2</sup>, yoshda esa 8 / mm<sup>2</sup> bo'lishi kerak. 50-65 yosh; 66-75 yoshda > 10/mm<sup>2</sup>; va 75 yoshdan oshgan shaxslar uchun > 15/mm<sup>2</sup>. ADning majburiy diagnostik morfologik belgilarini aniqlash uchun ushbu miqdoriy ko'rsatkichlarning kiritilishi shunga o'xshash neyromorfologik o'zgarishlarni nafaqat AKda, balki demans belgilari bo'lmagan keksa odamlarda ham aniqlanishi mumkinligi bilan bog'liq. miya patologiyasi shakllari.

Jismoniy tekshiruv: Neyropsixologik yoki nevrologik tekshiruvda kortikal anomaliyalar.

Maxsus reyting shkalasi bo'lgan bemorlar uchun neyropsikologik testlar:

- shkalasi ( 5- ilova )
- MMSE shkalasi ( 6- ilova )
- Demensiya/ bosqich shkalasi ( CDR) Masshtab ) (7-ilova)
- Reisberg bo'yicha ) (8-ilova)
- Frontal disfunktsiya batareyasi ( FAB ) (9-ilova)
- Monreal kognitiv reyting shkalasi (10-ilova)
- Shulte testi ( 1-ilova )
- "5 so'z" testi ( 1-2-ilova )
- "Soat chizish" testi ( 1-3-ilova )
- Altsgeymer kasalligini baholash shkalasi - Kognitiv kichik o'lchov ( ADAS - COG ) (14-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 loblarning disfunktsiyasi va kortikal-subkortikal birikmalarning buzilishi tufayli yurishning apraksiyasi, ko'pincha demansda 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, piramidalar etishmovchilik, amyostatik buzilishlar.

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

Instrumental tekshiruv:

EEG: sekin to'lqinli faollikning oshishi (asosan uning q diapazoni, ko'pincha past yoki o'rta amplitudali) va D-faoligi, shuningdek, a-ritmning amplitudasining pasayishi va mintaqaviy silliqlash

shaklida qisqarishi. yosh normasiga nisbatan farqlar. b-faoliyatning zo'ravonligi, qoida tariqasida, kamaydi. Ko'pincha (bemorlarning uchdan birida) umumiy ikki tomonlama sinxron q- va D-to'lqinlari kuzatiladi, amplitudasi asosiy faollikdan oshib ketadi, eng diagnostik ma'lumot beruvchi belgi sekin to'lqin faolligining oshishi hisoblanadi, uning diagnostik ahamiyati darajasi. 68 dan 91% gacha.

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

SPECT (bitta fotonli emissiya kompyuter tomografiyasi): parietotemporal mintaqada gemoperfuziyaning pasayishi, bu kognitiv buzilishning zo'ravonligi 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 sensorimotor korteksdagi glyukoza almashinuvi darajasi odatda o'zgar olmaydi.

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

## 2.2. Turli yosh guruhlarida Altsgeymer kasalligini klinik ko'rinishlari

Altsgeymer 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 funktsiyalarning buzilishi
Rivojlangan demensiya bosqichida yuqori kortikal funktsiyalarga bir nechta jiddiy zarar	Yuqori kortikal funktsiyalarning umumiy yomonlashishi, bu kamdan-kam hollarda aniq fokal buzilishlar darajasiga etadi.
Bemorning kasallikka bo'lgan munosabatini va uning asosiy shaxsiy xususiyatlarini uzoq muddatli saqlash	Shaxsning aniq o'zgarishi va kasallikning dastlabki bosqichlarida tanqidni yo'qotish
Demensiyaning ilg'or bosqichida nisbatan bir hil klinik ko'rinish (afato-aprakto-agnostik demensiya)	Demensiyaning geterogen klinik ko'rinishi (turli klinik shakllar).

## 2.3. Altsgeymer kasalligining differentsial diagnostikasi

Demensiya va demensiya bo'lmagan kognitiv buzilishlarning asosiy sabablari	
1. Neyrodegenerativ kasalliklar:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Altsgeymer kasalligi</li> <li>• Lyui jismlari bilan demensiya</li> <li>• Frontotemporal degeneratsiya</li> <li>• Birlamchi progressiv afazi</li> <li>• Posterior kortikal atrofiya</li> <li>• Parkinson kasalligi</li> <li>• Progressiv supranuklear falaj</li> <li>• Ko'p tizimli atrofiya</li> <li>• Kortikobazal degeneratsiya</li> <li>• Gettington kasalligi</li> <li>• Spinocerebellar degeneratsiyalari</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boshqa degenerativ miya kasalliklari</li> </ul>
2. Miyaning qon tomir kasalliklari:	<p>Miya infarkti Ko'p infarktli holat Gemorragik insult Ensefalopatiya Miyaning birlashgan qon tomir lezyoni</p>
3. Toksik va dismetabolik ensefalopatiyalar:	<p>Gipoksiya Jigar etishmovchiligi Buyrak etishmovchiligi Gipoglikemiya Gipotiroidizm, tireotoksikoz Giper va gipokortitiizm Tanqislik holatlari (B1, B6, B12 vitaminlari, foliy kislotasi etishmasligi) Sanoat va maishiy zaharlanishlar (og'ir metallar, erituvchilar, insektitsidlar, alkogolizm, giyohvandlik) Giyohvand moddalar bilan zaharlanish (antidepressantlar, anksiyolitiklar, gipnozlar, antikonvulsanlar, antiaritmiklar, antihipertenzivlar, antikolinergiklar, saratonni davolash uchun kimyoterapiya preparatlari, radiatsiyaviy ensefalopatiya)</p>
4. Kombinatsiyalangan (tomir-neyrodegenerativ va dismetabolik) kognitiv buzilishlar.	
5. Neyroinfektsiyalar va demyelinizatsiya qiluvchi kasalliklar:	<p>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</p>
6. Bosh miya shikastlanishi	
7. Miya shishi	
8. Paraneoplastik holatlar:	Limbik ensefalit
9. Liquorodinamik buzilishlar:	Oddiy bosimli gidrosefali Intrakranial gipertenziya
10. Emotsional va boshqa ruhiy kasalliklar (depressiya, maniya, shizofreniya va boshqalar).	
11. Uyqu va hushyorlikning buzilishi	

## 2-jadval.

### Diagnostik mezonlarni solishtirish

Kasalliklar	BA	SD	DTL	FTD	CJD
Demensiya sindromidan	Kasallikning dastlabki	Dastlabki bosqichlarda	Ruhiy holatning	Eyforiya, hissiy uyg'unlik,	Vizual buzilishlar,

tashqari simptomlarning xususiyatlari	bosqichlarida xotira buzilishi faqat 50% hollarda kuzatiladi	yurishning buzilishi, urologik kasalliklarsiz qovuq disfunktsiyasi, tushish va fokal nevrologik alomatlar qayd etiladi.	o'zgarishi, paranoid va gallyutsinatsiya belgilari, parkinsonizmning qattiqligi, antipsikotiklarga yuqori sezuvchanlik, uyqu fazasining buzilishi	disinhibitsiya, ijtimoiy xulq-atvorning qo'polligi, dastlabki bosqichlarda vizual fazoviy faollikni saqlash	serebellar, piramidal va ekstrapiramidal simptomlar, miyokloniya, akinetik mutizm
Oqim	Sekin rivojlanish	Bosqichma-bosqich rivojlanish, yomonlashgandan keyin qisman kompensatsiya qilish mumkin	Sekin rivojlanish	Altsgeymer 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 yo'l qo'yilmaydi;	Ko'pincha fokal buzilishlar	Kasallikning og'irligiga qarab elektr to'lqinlari faolligini sekinlashtirish (astma kabi)	Hech qanday xarakterli o'zgarishlar yo'q	Yangi variant uchun xos bo'lmagan o'tkir to'lqinlarning davriy komplekslari (uch fazali faollikni tez-tez aniqlash)
Biomarkerlar	Fe <sup>2+</sup> katalizatori yordamida oksidlanishdan oldin va keyin qon zardobida DHEA darajasining biroz oshishi yoki yo'qligi, bemorlarning qon zardobida Ab1-42 va ApoE-4 kontsentratsiyasining oshishi. 50,0-100,0%	Yo'q	Yo'q	Yo'q	CSFda 14-3-3 protein kontsentratsiyasining ortishi

	gacha, tau oqsili va fosforlangan tau oqsili konsentratsiyasining oshishi, CSFda Ab ning kamayishi.				
Strukturaviy tasvirlash CT/MRI	Dastlabki bosqichlarda medial temporal loblarning atrofiyasi, o'sib borishi bilan temporoparietal mintaqaning ishtiroki va keyingi bosqichlarda kasallikning og'irligiga qarab keng tarqalgan hipokampal atrofiya.	Bir nechta infarktlar, strategik hududlarda bitta infarktlar, keng oq moddaning shikastlanishi	AK ga qaraganda medial temporal loblarning kamroq aniq atrofiyasi	Frontal va / yoki temporal loblarning atrofiyasi, ko'pincha assimetrik	Nonspesifik
Funksional tasvirlash PET tomonidan aniqlangan glyukoza gipometabolizmi	Dastlabki bosqichlarda - temporo-parietal mintaqada va singulat girusning orqa qismida gipometabolizm, so'ngra - frontal va nihoyat umumlashtirilgan.	Ishemik hududlarda	Asosan korteksning vizual assotsiatsiya sohalarida	Frontal va temporal korteks, ko'pincha assimetrik	Turli
Neyropatologiya	Blyashka, neyrofibrilyar chalkashliklar, miya amiloid angiopatiyasi	Ishemik shikastlanish	Lyui jismlari	Astrositoz, frontal korteksning I - III qatlamlari atrofiyasi, neyropillarning mikrovakuolizatsiyasi, tau oqsillarining cho'kishi.	Spongiform ensefalopatiya (amiloid birikmalari va asab to'qimalarining vakuolatsiyasi)

#### **2.4. Mutaxassis bilan maslahatlashish uchun ko'rsatmalar:**

- 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 o'ziga ham, uning oila a'zolariga ham psixologik yordam ko'rsatish;
- boshqa ixtisoslashgan mutaxassislar bilan maslahatlashish - birga keladigan somatik kasalliklar va / yoki patologik sharoitlar.

#### **2.5. Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:**

1. Ixtiyoriy (shoshilinch va rejalashtirilgan) kasalxonaga yotqizish:

- psixotik va/yoki nopsikotik darajadagi neyropsikologik buzilishlar, desotsializatsiya ko'rinishlari bilan, ularning namoyon bo'lishi ambulatoriya sharoitida yo'qolmaydi yoki ekspert masalalarini hal qilish.

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

- o'zingiz va boshqalar uchun bevosita xavf;
- nochorlik, ya'ni to'g'ri parvarish bo'lmaganda asosiy hayotiy ehtiyojlarni mustaqil ravishda qondira olmaslik;
- agar shaxs psixiatriya yordamisiz qolgan bo'lsa, ruhiy holatining yomonlashuvi tufayli sog'lig'iga jiddiy zarar etkazish.

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

#### **2. 6. Asosiy va qo'shimcha diagnostika tadbirlari ro'yxati.**

##### **2.6.1. Ambulatoriya sharoitida o'tkaziladigan asosiy (majburiy) diagnostika tekshiruvlari:**

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

##### **2.6.2. 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.

**2.6.3. 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.**

##### **2.6.4. 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 Fe<sup>2+</sup> katalizatori bilan oksidlanishdan oldin va keyin qon zardobida DHEA-ni aniqlash;
- Elishay usuli yordamida qon zardobida ApoE4, b-amiloidni aniqlash;

#### **2.6.5. 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.

#### **2.6.6. Shoshilinch tibbiy yordam bosqichida o'tkaziladigan diagnostika tadbirlari:**

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

#### **2.7 . Altsgeymer kasalligi bilan og'rigan bemorga tashxis qo'yish**

Altsgeymer 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. Altsgeymer kasalligi (G30.0) erda boshlangan (presenil shakli), aniq afato-aprakto-agnostik sindrom bilan kechadigan engil demans.

Murakkabliklar: yo'q.

bilan : surunkali xoletsistit, engil anemiya va boshqalar.

2. Altsgeymer kasalligi (G30.1) kech boshlangan (keksalik shakli), og'ir amnestik sindrom bilan engil demans, o'rtacha akustik-mnestik afazi va viziyo-spatial funktsiyalarning buzilishi.

Murakkabliklar: buyrak va jigar etishmovchiligi.

Bilan bog'liq kasalliklar bilan: diabetes mellitus, gipertenziya, semizlik.

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

Murakkabliklar: yurak etishmovchiligi , 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 demans holatlarini kodlash uchun ishlatiladi. Klinik amaliyotda aralash demans ko'pincha 3 holatda tashxis qilinadi. Birinchidan , ilgari Altsgeymer 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 demans rivojlanishi bilan - (hollarning uchdan birida insultdan keyingi demans Altsgeymer degeneratsiyasining qo'shilishi yoki tezlashishi bilan izohlanadi). Uchinchidan, aralash demans miya yarim sharlaridagi chuqur oq materiyaning diffuz ishemik shikastlanishining parallel rivojlanishi va temporal lobning degeneratsiyasi bilan tavsiflanishi mumkin, bu neyroimaging yordamida tasdiqlanishi mumkin.

**"ALTSGEYMER KASALLIGIDA DEMENSIYASI BO'LGAN  
BEMORLARNI" DAVOLASH BO'YICHA MILLIY KLINIK  
PROTOKOL.**

## AK bilan bemorlarni davolash

Davolash maqsadlari:

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

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.

### 3.1. Giyohvand 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 asboblarda 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 yo'naltirilgan 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	Yengil va	Kognitiv qobiliyat va

	uy-ro'zg'or buyumlari, oila a'zolarining ko'rsatmalari asosida o'tgan tajriba va voqealar haqida individual yoki guruh suhbatlari	o'rta	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.

### 3.2. Dori-darmonlarni davolash:

- Asosiy dorilar:

1-guruh - xolinergik preparatlar (rivastigmin, donepezil, galantamin) - patogenetik davolash maqsadida atsetilxolinesteraza (neyromidin) ning qayta qabul qilinishini blokirovka qilish uchun mo'ljallangan;

2-guruh - NMDA retseptorlari bilan o'zaro ta'sir qiluvchi dorilar (memantin gidroxloridi);

3-guruh - nootrop dorilar, neyroprotektiv dorilar, kaltsiy kanallari blokerlari, B vitaminlari, antioksidant va antihipoksik 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 inhibitori	8 hafta ichida 8	16-24
Donepezil	Xolinesteraza inhibitori	5 - kamida 4 hafta	10
Rivastigmin	Xolinesteraza inhibitori	3 (2 x 1,5) kamida 2 hafta 4,6 mg patch	12 9.2
Neyromidin	Xolinesteraza inhibitori	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	60 mg

		kunlik 14 kunlik tanaffus bilan	
Tivortin	Immunomodulyator, Antioksidant	5 ml 3–8 marta kuniga 8–15 kun	8 g
Kortksin	Nootrop dori vosita	20-30 kuniga 4 haftagacha	30-40 mg
Havolalar:	<a href="https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/054/890/original/Clinical_recommendations_Kognitive_disorders_in_elderly_and_senile_age.pdf?1614860915">https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/054/890/original/Clinical_recommendations_Kognitive_disorders_in_elderly_and_senile_age.pdf?1614860915</a>		

- Qo'shimcha dorilar:

- kichik neyroleptiklar - xulq-atvor buzilishlarini tuzatish yoki qarilik va keksa yoshdagi neyropsikologik 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).

### 3.2.1 Ambulatoriya sharoitida dori-darmonlarni 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 yo'qolguncha
Sulpirid	Og'iz orqali kuniga 600 mg gacha	
Valpik kislota	Og'iz orqali kuniga 300-600 mg	Hissiy fonni barqarorlashtirish belgilariga qadar
Tofisopam	Og'iz orqali kuniga 50-100 mg	Anksiyete belgilarini bartaraf etishdan oldin
Zopiklon	Og'iz orqali kuniga 50-100 mg gacha	2-3 oy

### 3.2.2. Statsionar darajada dori-darmonlarni davolash:

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

Dori nomi	Terapevtik diapazon	Davolash kursi
Donepezil	Og'iz orqali kuniga 10 mg	Statsionarda qolish muddati

	gacha	uchun
Memantin	Og'iz orqali kuniga 30-60 mg	

- Qo'shimcha dorilar (Giyohvandlar faqat kasallikning asosiy ko'rinishlari (tashvish, xatti-harakatlarning buzilishi, 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 alfoferat	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 yo'qolguncha
Sulpirid	Og'iz orqali kuniga 600 mg gacha	
Kevitiapin	Og'iz orqali kuniga 50-100 mg	Anksiyete belgilarini bartaraf etishdan oldin
Tofisopam	Og'iz orqali kuniga 50-100 mg	Anksiyete belgilarini bartaraf etishdan oldin
Levokornitin	2000 mg gacha IV tomchilab yuborish	10-15 kun
Gipotalamusning fosfolipidlari	112 mg\IV tomchilab\IMgacha	15-20 kun

### 3.2.3 Favqulodda vaziyatlarda dori-darmonlarni davolash: yo'q

### 3.3. Boshqa muolajalar: yo'q

### 3.4. 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

### 3.5. Profilaktik tadbirlar:

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 atsetilxolinesteraza inhibitörleri va akatinol, vitaminlardan foydalanish, giperhomosisteinemiyaning tuzatish, ginkgo biloba.

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

### 3.6. Qo'shimcha boshqaruv:

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

### 3.7 . Emlash - yo'q.

#### MASLAHAT

**Alsgeymer kasalligini differensial taqqoslash** - 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. Altsgeymer kasalligining farmakoterapiyasi. - M., 2003. - 319 b. 22. AQSh oziq-ovqat va farmatsevtika idorasi. Xulq-atvori buzilgan keksa bemorlarda antipsikotiklar bilan o'lim. AQSh oziq-ovqat va farmatsevtika idorasi; 2005. Mavjud: [http://www.cchrnt.org/pdfs/US\\_Food\\_and\\_Drug\\_Administration\\_Warnings on Antipsikotik dorilar.pdf](http://www.cchrnt.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, demans 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, astma 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 yo'qolishi 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 etishmasligi sabablari va uni oshirish choralarini muhokama qilish);

- Agar davom etayotgan maslahat va tuzatish choralariga qaramay, bemor / vasiy uch oydan ortiq vaqtini 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'i 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 aderans 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;
- Altsgeymer kasalligini rivojlanishi uchun xavf omillarini bartaraf etmaslik;
- Etarlicha nazorat qilinmagan birga keladigan kasalliklarning mavjudligi;
- Dori vositalarining past so'rilishi.

## **KUZATUV VA NAZORAT GURUHLARI**

Umumiy tamoyillar. Dispanser kuzatuv - bu bemorlarning sog'lig'ini 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:

- Altsgeymer kasalligi bilan og'rigan bemorlar;
- Altsgeymer kasalligiga shubha qilingan shaxslar - tibbiy yordam ko'rsatish yoki tibbiy ko'rikdan o'tkazish, klinik ko'rikdan o'tkazish paytida Altsgeymer 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 Altsgeymer kasalligi bilan og'rigan bemorlar uchun sanitariya-gigiyena qoidalariga rioya qilish.

Dispanser kuzatuvini to'xtatish to'g'risidagi qaror :

- quyidagi hollarda tibbiy tashkilotning tibbiy komissiyasi:
  - tibbiy tashkilot ko'rilgan barcha choralarga qaramay, standartlarda nazarda tutilgan dispanser kuzatuvini 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 kuzatuvini 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.

Dispanser ro'yxatga olish guruhleri:

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

Kuzatuv guruhi:

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

Altsgeymer kasalligining rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan guruhlar:

Kognitiv buzilishlari bo'lgan keksalar

Altsgeymer 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 ko'rikning bir qismi sifatida):

Birlamchi - tashxis uchun (barcha bemorlar):

- neyropsixologik testlar;

- skring laboratoriya tekshiruvi (  $Fe^{2+}$  katalizatorli DEEA -s );

- neyroimaging tadqiqotlari.

Klinika yoki dispanser yoki statsionar bo'lim shifokoriga differentsial yondashuv va kechki davrda demansning klinik va funktsional 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 funktsiyalar va ijtimoiy moslashuv holatiga qarab, demensiya bilan og'rikan 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 yo'qmi, bemorning o'zi oldin biron bir nevrologik va ruhiy kasalliklar bilan kasallanganmi yoki yo'qligini aniqlashi kerak. ushbu murojaatni ko'rib chiqing va quyidagi tadqiqotlarni o'tkazing:

a) demensiyaning o'zi va boshqa kognitiv kasalliklarning skring 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 differentsial diagnostikasi:

1. Boshqa sarlavhalarning kognitiv buzilishlari.

2. Organik amnestik sindrom.

3. Organik kelib chiqishi gallyutsinator-paranoid holatlari.

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

5. Depressiya.

6. Psevdo demensiyaning 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'rigan 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 Altsgeymer 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 demans tashxisi bilan ambulatoriya sharoitida kuzatilmoqda.

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 differentsial 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 III bosqichida klinik shifokor bemorni statsionar bo'limga faqat mehnat tekshiruvi yoki davolanish uchun klinik va funktsional tashxis qo'yish uchun yuboradi.

Uchinchi holat - bemorning kuzatuv va g'amxo'rlik muhtoj bo'lgan og'ir nogironlik mezonlari aniqlanganda: muloqot qilish, harakat qilish, o'rganish, yo'naltirish, 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, Altsgeymer 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 demensiyaning 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, Altsgeymer kasalligiga xos bo'lgan atrofik o'zgarishlar ob'ektiv (temporal, lobar, gippokamp, korpus kallosum) va "Altsgeymer kasalligida aralash demensiya " tashxisi. tashkil etilgan.

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

Ettinchi 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'rigan bemorni diagnostika va differensial diagnostika uchun qabul qilishda tekshiruv natijalariga ko'ra shifoxona nevropatologining harakatlari.

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

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

- qisqacha ruhiy holatni baholash shkalasi (Mini-ruhiy davlat imtihoni - 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). Engil Altsgeymer 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). Altsgeymer 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 demensiyani 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 Altsgeymer 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. Altsgeymer tipidagi demensiyada mustaqil rasm chizish ham, qo'llarni tayyor terishga qo'yish qobiliyati ham buziladi.

### **TIBBIY YORDAM SIFATINI BAHOLASH MEZONLARI.**

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 yo'li 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 yo'llanma 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 yo'qligi;

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

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 to'ldirish;

tibbiy aralashuvga asoslangan 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 stasionar) 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 stasionar) 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 rejasi 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'lami) 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 stasionar) 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) stasionar jadvalga kasallikning kechishining qo'shimcha murakkab va uzoq muddatli tadqiqot usullarini talab qiladigan xususiyatlari bo'lsa, ixtisoslashtirilgan bo'lim (kunduzgi stasionar) 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 stasionar) tomonidan imzolangan stasionar jadvalga tegishli yozuv bilan klinik tashxisning asoslanishini ro'yxatdan o'tkazish;

k) bemor tibbiy tashkilotning ixtisoslashtirilgan bo'limiga (kunduzgi stasionar) yotqizilgan paytdan e'tiboran 48 soat (ish kuni) ichida ixtisoslashtirilgan bo'lim (kunduzgi stasionar) boshlig'i tomonidan majburiy tekshiruvdan o'tkazish, keyin zarurat tug'ilganda, lekin haftasiga kamida 1 marta, stasionar kartada ixtisoslashtirilgan bo'lim (kunduzgi stasionar) 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 ahvolidagi 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 daftoriga kiritish bilan) o'tkazish to'g'risidagi qaror qabul qilingan tibbiy tashkilot rahbari bilan kelishilgan holda. bemor ko'chiriladi;

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

p) davolash (natijalar):

terapiya bilan bog'liq prognoz qilinadigan asoratlarning yo'qligi;

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

nozokomial infeksiyaning yo'qligi;

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

r) klinik va patologik tashxislar o'rtasida nomuvofiqlik yo'qligi;

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.

### **protokolni yangilash tartibi**

Klinik protokollar odatda 3 yilda bir marta yangilanadi. Muayyan kasalliklarni tashxislash, davolash, oldini olish va reabilitatsiya qilish masalalari bo'yicha dalillarga asoslangan tibbiyot nuqtai nazaridan yangi ma'lumotlar paydo bo'lganda va asosli qo'shimchalar / sharhlar mavjud bo'lsa, yangilanish muddati qisqartiriladi. Yangilangan versiya tasdiqlangandan so'ng, avvalgi protokollar endi haqiqiy emas deb hisoblanadi.

## **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) Altsgeymer kasalligini davolash uchun xabardor qilingan roziligi shakli

Bemor/bemorning qarindoshlari uchun ma'lumot.

- Sizda Altsgeymer 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 Altsgeymer 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 astmani 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

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

I. Altsgeymer 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, gnosis, 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, miyokloniya);
- 3) psixiatrik kasalliklar: depressiya, tashvish, apatiya, boshqalar.

dabdaba, inhibitsiyon;

4) KTda o'zgarishlar yo'q.

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. Altsgeymer 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)**

<b>Alomat</b>	<b>Maks. ball</b>	<b>Baholangan ball</b>
Demensiyaning to'satdan paydo bo'lishi (yoki jiddiy	2	

kognitiv buzilish)		
Demensiyaning bosqichma-bosqich rivojlanishi	1	
O'zgaruvchan tok	2	
Kechasi disorientatsiya (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, Altsgeymer kasalligi)  
4-7 demansning 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
<b>ORIENTATSIYANI nevrologik tekshiruvi</b>			
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?		
<p><b>UZLASHTIRISHni nevrologik tekshiruvi</b> "Meni diqqat bilan tinglang, endi sizning e'tiboringizni tekshiramiz. Men 3 ta so'z aytaman, sizning vazifangiz so'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.</p> <p>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:</p>			
o'n bir	"To'p" javob berdi		
12	"Bayroq" javob berdi		
13	"Eshik" deb javob berdi		
<p><b>DIQQAT va SANASHNI nevrologik tekshiruvi</b> 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</p>			
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"		
<p><b>Xotirani nevrologik tekshiruvi</b> Idrok bo'limida eslab qolishni so'ragan uchta so'zni takrorlashni so'rang.</p>			
19	"To'p" javob berdi		
20	"Bayroq" javob berdi		
21	"Eshik" deb javob berdi		
<b>NUTQ funksiyasini nevrologik tekshiruvi</b>			
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 yo'q" ni takrorlashni so'rang		
<p><b>UCH QADAMLI AMALIYOTLARNI BAJARISH</b> "O'ng qo'lingizga qog'ozni oling, uni yarmiga katlayin va tizzangizga qo'ying."</p>			
25	Bemor o'ng qo'lga bir varaq qog'oz oldi - 1 ball		
26	Bemor yarmiga katlanmish - 1 ball		
27	Bemor tizzasiga o'tirdi - 1 ball		
<b>O'QISH</b>			

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

**Kognitiv belgilar testi natijalarini sharhlash:**

30 - 28 ball - normal, kognitiv buzilishlar yo'q

27 - 24 ball - kognitiv buzilish

23 - 20 ball - engil demensiya

19 - 11 ball - o'rtacha demensiya

10 - 0 ball - og'ir demensiya

**6-ilova**

**Klinik Dementia Reyting ( CDR ) shkalasi - demensiya bosqichlari rivojlanish shkalasi**

<b>CDR -0</b>	<b>Demensiya yo'q</b>	<b>Belgilar</b>
<b>CDR -0,5</b>	<b>Shubhali demensiya</b>	Xotira bilan bog'liq kichik muammolar, vaqt va muammolarni hal qilish bilan bog'liq ba'zi qiyinchiliklar; kundalik hayot biroz buziladi
<b>CDR-1</b>	<b>Yengil demensiya</b>	O'rtacha xotira yo'qolishi, 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.
<b>CDR-2</b>	<b>O'rtacha demensiya</b>	Faqat yuqori darajada o'rganilgan materialni saqlab qolish orqali chuqurroq xotira yo'qolishi; vaqt va joyda yo'nalishni yo'qotish; sog'lom fikrga ega emas va qiyinchiliklarga duch keladi; uyda funktsiyalarni bajarishda mustaqillik kam yoki umuman yo'q; faqat oddiy yumushlarni qila oladi va bir nechta qiziqishlarga ega.
<b>CDR-3</b>	<b>Og'ir demensiya</b>	Qattiq xotira yo'qolishi, vaqt yoki joyga yo'naltirilmagan, hech qanday hukm yoki muammoni hal qilish; uydan tashqarida ijtimoiy tadbirlarda qatnasha olmaydi, kundalik hayotning barcha vazifalarida yordamga muhtoj va shaxsiy gigiena

		bo'yicha <a href="#">yordamga muhtoj</a> . Siydik chiqarishni o'g'irlab ketish odatiy holdir.
--	--	---

## 7-ilova

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

Bosqichlar	Xarakterli	Tashxis
1	Xotirani yo'qotish haqida shikoyatlar yo'q (boshqa kognitiv muammolar); kundalik faoliyatning buzilishi yo'q	<b>Norm</b>
2	Xotirani yo'qotish shikoyatlari (unutish, ismlar uchun xotiraning zaiflashishi, ob'ektlarni topishda qiyinchilik). Semptomlar yaqinlar yoki shifokor uchun aniq emas.	<b>Subyektiv kognitiv buzilish</b>
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 davomiyligi: demans boshlanishidan 7 yil oldin	<b>Engil kognitiv buzilish</b>
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	<b>Engil kognitiv buzilish</b>
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	<b>O'rtacha og'ir kognitiv buzilish</b>
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 yo'qotish), kundalik hayotda muhim yordam talab qiladi; jiddiy xulq-atvor muammolari (masalan, qo'zg'alish, deliryum). Shuningdek, ular 10 dan pastga sanash va vazifalarni bajarishda qiyinchiliklarga duch kelishadi. O'rtacha davomiyligi: 2,5 yil	<b>Og'ir kognitiv buzilish</b>
7	Nutq aloqasi va harakat qilish qobiliyatini yo'qotish. O'rtacha davomiyligi: 2,5 yil	<b>Juda og'ir kognitiv buzilish</b>

## 8-ilova

### Batareya frontal disfunktsiya (FAB, FRONTAL ASESSMENT BATTER, 1999)

Texnika frontal lozar yoki subkortikal miya tuzilmalarining ustun zararlanishi bilan demanslarni 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 ushlar refleklari	0-3	Bemor o'tiradi, qo'llarini tizzalariga qo'yish, kaftlarini yuqoriga ko'tarish so'raladi va ushlar refleksi tekshiriladi. Tushunish refleksining yo'qligi 3 ball sifatida baholanadi. Agar bemor ushlar kerakmi yoki yo'qmi 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 Altsgeymer tipidagi demansni farqlash uchun chegara oralig'i 12 ballni tashkil qiladi. 12 balldan past ball frontal tipdagi demansni ko'rsatishi mumkin.

## 9- ilova

### Shulte testi

Maqsad subyektning 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	o'n bir	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 - Altsgeymer tipidagi demans).

## 11- ilova

### Altsgeymer kasalligini baholash shkalasi - Kognitiv kichik o'lchov

(ADAS-COG, ALZXEYMER KASALLIKLARINI KOGNITIV SHKLAYASI)

#### 1. SO'ZLAR – SO'ZNI TAKRORLASH TOPSHIRGI

##### 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. BUYAMLARGA VA BARMOQLARGA NOM BERISH

##### Ko'rsatmalar / vazifalar.

Bemordan tasodifiy tanlangan 12 ta obyekt 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.

Obyektlarning tavsiflari, semantik yoki fonemik parafaziyalar to'g'ri javob hisoblanmaydi.

(Rasm/elementni ko'rsatish)

*Nima bu?*

*Bu qanday nomlanadi?*

(barmoqlar)

*Bu qanaqa barmoq?*

*Bu barmoq nima deb ataladi?*

Baho

Obyekt / barmoq	To'g'ri	
-----------------	---------	--

	Ha	Yo'q	Ishora
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 BORMOQ			

**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. JAMOALAR

#### 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		
<b>Bemor oldidagi stolga qalam, soat va kartani shu tartibda qo'ying.</b>		
3. QALAMNI KARTAGA QOYIB, KEYIN QAYTA QOYIB QOYING		
4. SOATNI QALAMNING BOSHQA YOTIGA QOYIB, KEYIN KARTANI AYLANG.		
5. KO'ZINGIZNI YUMIB HAR ELKAGA 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: \_\_\_\_\_

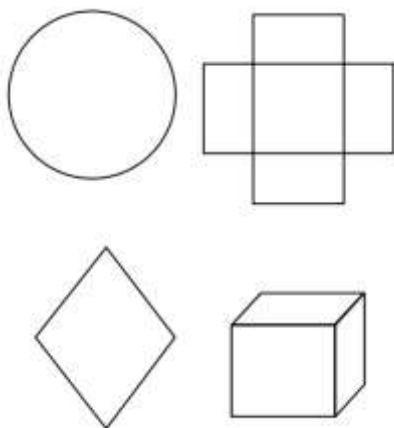
#### 4. KONSTRUKTIV PRAKSIS

##### 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
<b>AYLANA</b> (yopiq egri chiziq)		
<b>KESISHISHGAN IKKI TO'RTBURCHAK</b> (shakllar to'rt qirrali va kesishgan bo'lishi kerak, ko'rsatilganlarga mos kelishi kerak)		
<b>ROMB</b> (rasm to'rt qirrali bo'lishi kerak, shunday qilib yo'naltirilgan bo'lishi kerak yuqorida va pastda burchaklar bo'lishi kerak, tomonlari taxminan bir xil uzunlikda bo'lishi kerak)		
<b>KUB</b> (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. YO'NALISH****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	Yo'q	
SHAXSIYAT			(aniq)
HAFTA KUNI			(aniq)
RUN			(± 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 TOPSHIG'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 so'raladi. Har bir sinovda 12 ta o'rganilgan so'z 12 ta yangi so'z bilan almashtiriladi va bemordan eslashi kerak bo'lgan so'zlarni tanlash so'raladi.

Agar bemor so'zni o'qiy olmasa, tekshiruvchi uni baland ovozda aytishi kerak. Agar bemor topshiriqni eslamasa, savolni to'liq takrorlash yoki uni takrorlash va bemorga eslatilganligini eslatib qo'yish yaxshiroqdir.

#### **Vazifalar.**

Yodlash: *"Men sizga kartalarda yozilgan so'zlarni ko'rsataman. Har bir so'zni baland ovozda o'qing va eslab qolishga harakat qiling ."*

Ta'riflashga urinish: *"Men sizga boshqa so'zlar to'plamini ko'rsataman. Men sizga ularning ba'zilarini kartalarda ko'rsatdim, boshqa so'zlar yangi. Har bir so'z uchun ayting-chi, men buni sizga oldin ko'rsatdimmi?"*

Birinchi ikkita so'z uchun: *"Bu men sizga avvalroq ko'rsatgan so'zmi?"* yoki *"Men sizga bu so'zni ilgari ko'rsatganmidim?"*

Boshqa so'zlar uchun (3-24): *"Va bu so'z?"*

Agar bemor to'g'ri javob bersa, ya'ni. "Ha" yoki "yo'q" u ko'rsatmalarni yaxshi eslab qolganligini anglatadi. 3-so'z uchun ishlatiladigan protsedura 4-24 so'zlar uchun takrorlanadi. Bemor topshiriqni unutgan har bir holat qayd etiladi ("Eslatma" ustuni).

#### **Baho**

Bemor har bir so'zni baholaydi. Oldin ko'rsatilgan so'zlarga (qalin harflarda) "ha" deb aytishi kerak. Noto'g'ri javoblar soyal. Eslatmalar tegishli ustunda qayd etilgan.

**Bal** (noto'g'ri javoblar soni) \_\_\_\_\_ (maksimal 12)

Izohlar: \_\_\_\_\_

### **8. Vazifalar bo'yicha ko'rsatmalarni eslab qolish**

#### **Ko'rsatmalar.**

Ushbu test bemorning so'zni aniqlash vazifasi talablarini eslab qolish qobiliyatini baholaydi. har bir so'z guruhi uchun. Bemordan so'raladi:

• Ikkita yangi so'zni ko'rsatayotganda: *"Men bu so'zni sizga oldin ko'rsatganmidim yoki birinchi marta ko'ryapsizmi?"*

• Uchinchi so'zni ko'rsatayotganda: *"Va bu so'z?"*

Agar bemor to'g'ri javob bersa, ya'ni. "Ha" yoki "yo'q" u ko'rsatmalarni yaxshi eslab qolganligini anglatadi. 3-so'z uchun ishlatiladigan protsedura 4-24 so'zlar uchun takrorlanadi. Bemor har safar vazifani unutganida qayd qilinadi (eslatma).

#### **Baho.**

Eslatmalarning umumiy soni (7-topshiriq):

- bemor qo'shimcha eslatmalarni talab qilmadi;
- juda yumshoq daraja - bitta eslatma;
- engil daraja - eslatma ikki marta talab qilindi;
- o'rta daraja - eslatma 3-4 marta talab qilindi;
- o'rtacha daraja - eslatma 5-6 marta talab qilingan;
- og'ir daraja - eslatma 7 yoki undan ko'p marta talab qilingan.

**Darajasi:** \_\_\_\_\_

Izohlar: \_\_\_\_\_

### **9. NUTQ RAVONLIGINI TEKSHIRISH**

#### **Ko'rsatmalar.**

Ushbu testda imtihonchi bemorning butun test davomida nutqini baholashi kerak. Ushbu testda nutqning miqdoriy xususiyatlari va so'zni topish qiyinchiliklari baholanmaydi. Shuni ta'kidlash kerakki, yuqori ball (4-5) gapirish qobiliyati juda zaif bo'lgan bemorlarga tegishli bo'lib, ular kamdan-kam hollarda qiyinchiliksiz o'zlarini ifoda eta oladilar.

**Baho.**

- 0 ... bemorni tushunish qiyin bo'lgan holatlar yo'q edi;
- 1 ... juda engil buzilishlar - nutqning tushunarligining pasayishining 1 ta holati;
- 2 ... engil buzilish - bemor 25% dan kamroq vaqt davomida qiyinchiliklarni boshdan kechiradi;
- 3 ... o'rtacha buzilish - bemor 25 dan 50% gacha qiyinchiliklarga duch keladi;
- 4 ... o'rtacha buzilish - bemorning 50% dan ko'prog'ida qiyinchiliklarga duch keladi;
- 5 ... talaffuz qilingan buzilishlar - 1 yoki 2 so'zni talaffuz qiladi; silliq, ammo ma'nosiz nutq; mutizm.

**Darajasi:** \_\_\_\_\_

Izohlar: \_\_\_\_\_

**10. SO'Z TANLASHDAGI QIYINCHILIKLAR****Ko'rsatmalar.**

To'qqizinchi test bilan birgalikda ushbu test ekspressiv nutqning buzilishini baholashga imkon beradi, lekin u faqat so'zlarni tanlashda qiyinchiliklarni baholaydi, 9-bo'limda esa bemorning og'zaki muloqot qilish qobiliyatining darajasi baholanadi. Ushbu testda tadqiqotchi bemorning spontan nutq paytida to'g'ri so'zlarni tanlashda qiyinchiliklarga duchor bo'lganligini aniqlashi kerak. Bemor bu qiyinchiliklarni so'zma-so'zlik yordamida bartaraf etishi mumkin, ya'ni. izohli iboralar yoki taxminan mos sinonimlarni kiritish. Ushbu test ob'ekt va barmoq nomini o'z ichiga olmaydi.

**Baho.**

- 0 ... spontan nutqda so'zlarni tanlashda qiyinchiliklar yo'q;
- 1 ... juda engil buzilishlar - 1 yoki 2 holat, klinik ahamiyatga ega emas;
- 2 ... engil buzilishlar - sezilarli so'zlashuv yoki sinonimlar bilan almashtirish;
- 3 ... mo'tadil buzilish - kompensatsiyasiz so'zlarni davriy yo'qotish;
- 4 ... mo'tadil buzilishlar - kompensatsiyasiz so'zlarni tez-tez yo'qotish;
- 5 ... aniq buzilishlar - kalit so'zlarning deyarli to'liq yo'qolishi; nutq ma'nosiz eshitiladi; 1-2 so'zni aytadi.

**Darajasi:** \_\_\_\_\_

Izohlar: \_\_\_\_\_

**11. TUSHUNISH****Ko'rsatmalar.**

Ushbu test bemorning nutqni tushunish qobiliyatini baholaydi va tekshiruvchi kirish muhokamasi, testlar batareyasi va iloji bo'lsa, kognitiv funktsiyani baholash bilan bog'liq bo'lmagan testlar paytida bemorning imtihonchi nutqini qanchalik yaxshi tushunishini baholashi kerak. Buyruqlarni bajarish bu testga kiritilmagan.

**Baho.**

- 0 ... nutqni tushunishning pasayishiga dalil yo'q;
- 1 ... juda engil qoidabuzarliklar - 1 ta tushunmovchilik holati;
- 2 ... engil qoidabuzarliklar - tushunmovchilikning 3-5 ta holati;
- 3 ... mo'tadil qoidabuzarliklar - bir necha marta takrorlash talab etiladi, parafraz;
- 4...o'rtacha og'ir buzilishlar - bemor vaqti-vaqti bilan to'g'ri javob beradi; bular. ha / yo'q savollar;
- 5 ... talaffuz qilingan buzilishlar - bemor kamdan-kam hollarda savollarga to'g'ri javob beradi, bu zaif nutq tufayli emas.

**Darajasi:** \_\_\_\_\_

Izohlar: \_\_\_\_\_

**12. Diqqatni jamlash va chalg'itish****Ko'rsatmalar.**

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

**Baho.**

0 ... konsentratsiyaning pasayishi yoki chalg'ituvchanlik belgilari yo'q;

1 ... juda engil buzilish - konsentratsiyaning pasayishi yoki chalg'ituvchanlikning 1 ta holati;

2 ... engil 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.**

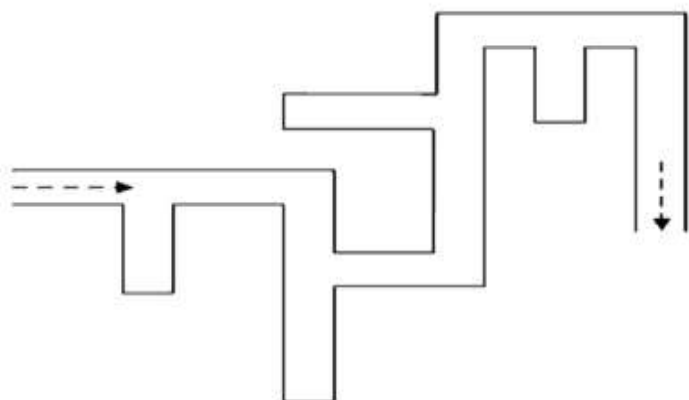
Bemorning oldiga labirintni qo'ying va unga qalam bering.

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 yo'l 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:** \_\_\_\_\_

	<b>Mashq qilish</b>	<b>Ballar</b>	<b>Baho</b>
1.	So'zlarni takrorlash vazifasi	Bal = uchta sinovda nomlanmagan o'rtacha 10 ta oson so'z. Maksimal ball = 10	
2.	Obyektlar 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.	Jamoalar	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 yo'q edi; 1 = juda engil buzilish - nutqning tushunarligini pasayishining 1 ta holati; 2 = engil 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 yo'q; 1 = juda engil buzilish - 1 yoki 2 holat, klinik ahamiyatsiz; 2 = engil qoidabuzarliklar - sezilarli so'zlashuv yoki sinonimlar bilan almashtirish; 3 = o'rtacha buzilish - kompensatsiyasiz vaqti-vaqti bilan so'zlarni yo'qotish; 4 = o'rtacha buzilish - kompensatsiyasiz tez-tez so'zlarni yo'qotish; 5 = jiddiy buzilish - kalit so'zlarning deyarli to'liq yo'qolishi, nutq ma'nosiz tovushlar; 1-2 so'zni aytadi	
o'n bir.	Tushunish	0 = nutqni tushunishning pasayishiga dalil yo'q; 1 = juda engil qoidabuzarliklar - 1 tushunmovchilik holati; 2 = engil 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 / yo'q savollar; 5 = jiddiy buzilish - bemor kamdan-kam hollarda savollarga to'g'ri javob beradi, bu zaif nutq tufayli emas	

12.	Konsentratsiya va chalg'itish	<p>0 = konsentratsiyaning pasayishi yoki chalg'ituvchanlik belgilari yo'q;</p> <p>1 = juda engil buzilish - 1 ta konsentratsiyaning pasayishi yoki chalg'ituvchanlik;</p> <p>2 = engil buzilish - konsentratsiyaning pasayishi yoki chalg'ituvchanlikning 2-3 holati; qo'zg'alish va e'tiborsizlik belgilari;</p> <p>3 = o'rtacha darajadagi buzilish - tadqiqot davomida 4-5 holat;</p> <p>4 = o'rtacha buzilish - o'rganishning ko'p qismida konsentratsiyaning pasayishi, chalg'ituvchanlik;</p> <p>5 = jiddiy buzilish - diqqatni jamlash juda qiyin, bemor juda oson va tez-tez chalg'itadi; vazifalarni bajara olmaydi</p>	
13.	Raqamlarni kesib tashlash	<p>0 = farq &gt; 30;</p> <p>1 = farq = 24–30;</p> <p>2 = farq = 18–23;</p> <p>3 = farq = 12–17;</p> <p>4 = farq = 6–11;</p> <p>5 = farq &lt; 6</p>	
14.	Labirint bo'ylab yurish	<p>0 = 0–30 soniya;</p> <p>1 = 31–60 soniya;</p> <p>2 = 61–90 soniya;</p> <p>3 = 91–120 soniya;</p> <p>4 = 121–239 soniya;</p> <p>5 = 240 soniya</p>	

**Natija:**

---

Izohlar: \_\_\_\_\_

## ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Yeaw J., Benner JS, Walt JG, Sian S., Smith DB 6 ta surunkali dori-darmon sinflari bo'yicha qat'iylik va qat'iylikni solishtirish // J. Manag. Care Pharm. 2009; 15 (9): 728-40. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19954264/>
2. Haynes RB, Ackloo E., Sahota N., McDonald HP, Yao X. Tizimli sharhlarning Cochrane ma'lumotlar bazasiga rioya qilishni kuchaytirish. 2008 yil (2-son): CD000011. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25412402/>
3. Borah B., Sacco P., Zarotsky V. Altsgeymer kasalligi bilan og'rigan bemorlarning og'zaki terapiyasini qabul qilishlari orasida rioya qilishni bashorat qiluvchilar // Curr. Med. Res. Fikr. 2010; 26 (8): 1957-1965 yillar. [https://www.researchgate.net/publication/44693494\\_Altsgeymer's\\_disease\\_patients\\_receiving\\_oral\\_therapy\\_among\\_adherence\\_predictors](https://www.researchgate.net/publication/44693494_Altsgeymer's_disease_patients_receiving_oral_therapy_among_adherence_predictors)
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](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. Altsgeymer 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](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 SS, Tzanakaki M., Giatas S. va boshq., Klinik amaliyotda memantin bilan davolangan Altsgeymer kasalligi bilan og'rigan bemorlar uchun ko'p markazli kuzatuv tadqiqoti // Dement Geriatr. CognDisord. Qo'shimcha. 2011; 1:10–19. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22163229/>
7. Carnahan, R. M., Lund, B. C., Perry, P. J. and Chrishilles, E. A. (2004). Antikolinerjiklar va xolinesteraza ingibitorlarini bir vaqtda qo'llash: kam uchraydigan hodisa yoki umumiy amaliyotmi? // Amerika Geriatriya Jamiyati jurnali, 52: 2082-2087. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52563. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15571547/>
8. Altsgeymer kasalligida kognitiv buzilish . <https://cyberleninka.ru/article/n/kognitivnye-narusheniya-pri-depressii-i-bolezni-altsgeymera-differentsialnaya-diagnostika-i-podhody-k-terapii>
9. Demans <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
10. Altsgeymer kasalligi. <https://7010303.ru/zabolevaniya/bolezn-alcgeymera/>