



Ֆինանսավորվում է
Եվրոպական միության կողմից



Ժողովրդավարության
զարգացման
հիմնադրամ



Յոգեկան առողջության հայկական ասոցիացիա

ԴԵՄԵՆՑԻԱ

Կլինիկական ուղեցույց

Չեղինակներ՝

Գևորգ Փաշինյան
Արամ Յովսեփյան
Անահիտ Կարապետյան

Խմբագիր՝
Անահիտ Դարաբյան

«Դեմենցիա» կլինիկական ուղեցույցը պատրաստվել է Եվրոպական միության կողմից ֆինանսավորվող «Իրավունքներ, ծառայություններ և մասնակցություն. Հայաստանում հոգեկան առողջության համապարփակ շրջանակի խթանում» եռամյա ծրագրի շրջանակում: Ծրագիրն իրականացվում է Հելսինկյան քաղաքացիական ասամբլեայի Վանաձորի գրասենյակի, ժողովրդավարության զարգացման հիմնադրամի «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների օրակարգ» ՀԿ-ի և Յոգեկան առողջության հայկական ասոցիացիայի կողմից:

Բովանդակության համար պատասխանատվություն է կրում Յոգեկան առողջության հայկական ասոցիացիան, եւ պարտադիր չէ, որ այն արտահայտի Եվրոպական միության տեսակետները:

© Բոլոր իրավունքները պաշտպանված են: Տվյալ կլինիկական ուղու որևէ մաս չպետք է օգտագործվի առանց Յոգեկան առողջության հայկական ասոցիացիայի թույլտվության:

2025թ. Երևան

Բովանդակություն

Գլուխ 1. Ներածություն -----	3
Գլուխ 2. Հիմնական խորհուրդները -----	11
Գլուխ 3. Դեմենցիայի հայտնաբերում և ախտորոշում -----	12
Գլուխ 4. Հետագա հետազոտությունները -----	25
Գլուխ 5. Հետախտորոշիչ աջակցություն -----	36
Գլուխ 6. Տագնապային վարքի նկատմամբ ոչ դեղաբանական մոտեցումները -----	50
Գլուխ 7. Վիշտն ու դեմենցիան -----	57
Գլուխ 8. Դեղորայքային բուժում -----	73
Հղումներ -----	92

1. ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Դեմենցիան (թուլամտությունը) հանդիսանում է կոգնիտիվ հմտությունների անկման կլինիկական համախտանիշ, որը ներառում է մի շարք կոգնիտիվ և վարքային ախտանիշներ՝ պայմանավորված տարբեր հիմնարար պաթոֆիզիոլոգիական գործընթացներով: Դրանց շարքում են Ալցհայմերի հիվանդությունը, վասկուլյար դեմենցիան, խառը տեսակի դեմենցիաները, ԼԼԻի մարմիններով դեմենցիան և ճակատաքունքային (ֆրոնտոտեմպորալ) դեմենցիան: Այս հիվանդությունների կլինիկական ախտանիշների և պաթոլոգիական հիմքերի միջև հաճախ կան համընկնումներ: Կոգնիտիվ խանգարումներից գատ, դեմենցիան ունի նաև լուրջ ֆիզիկական, հոգեբանական, սոցիալական և տնտեսական ազդեցություն ինչպես դեմենցիա ունեցող անձի, այնպես էլ ինսամոդների և ընտանիքի անդամների վրա՝ միաժամանակ ստեղծելով մեծ մարտահրավերներ հանրության և առողջապահական համակարգերի համար [1,3]:

Սպասվում է, որ ամբողջ աշխարհում դեմենցիայով ապրող մարդկանց թիվը 2019 թվականի դրությամբ 57 միլիոնից 2050 թվականին կհասնի 153 միլիոնի՝ աճելով 168%-ով [4]: 3-րդ մարդահամարի նախնական տվյալներով՝ 2022թ.-ի հոկտեմբերի դրությամբ ՀՀ մշտական բնակչության թիվը կազմել է 2 մլն 928 հազար 914 մարդ: Կյանքի միջին տևողությունը 2020թ.-ին կազմել է 73.5 տարի: Համաձայն ԱՀԿ 2018թ.-ի հրապարակման՝ Հայաստանում դեմենցիայի հետևանքով մահացությունը կազմել է 1058 անձ, ինչը ընդհանուր մահերի 4,4%-ն է:

Դեմենցիայի ռիսկի գործոնները

Դեմենցիայի առաջացման մշտական ռիսկերն են տարիքը և հիվանդությունների ընտանեկան պատմությունը՝ հատկապես ժառանգական գործոնների առկայության դեպքում [6]: Դեմենցիայի առաջացման պոտենցիալ փոփոխվող (կանխարգելելի) ռիսկի 12 ամենակարևոր գործոններն են.

1. Ցածր կրթական մակարդակ
2. Արյան բարձր ճնշում (հիպերտոնիա)
3. Լսողական խանգարումներ
4. Ծխելու սովորություն
5. Ճարպակալում
6. Դեպրեսիա
7. Ֆիզիկական ցածր ակտիվություն
8. Շաքարային դիաբետ
9. Սոցիալական մեկուսացում
10. Ալկոհոլի չարաշահում
11. Գլխուղեղի վնասվածքներ

12. Օդի աղտոտվածություն [7]

Դեմենցիայով մարդկանց խնամքն իրականացնելիս դիտարկման ենթակա հարակից հիվանդությունները

65 տարեկանից բարձր դեմենցիայով ապրող մարդիկ միջինում ունեն չորս հարակից հիվանդություններ՝ համեմատած այլ մարդկանց հետ, ովքեր ունեն միջինում երկուսը [23]: Դեմենցիայով ապրող մարդկանց ավելի քան 90%-ն ունի այլ առողջական վիճակ, որոնցից ամենատարածվածը հիպերտոնիան է (53%), ցավագին համախտանիշներ (34%) և դեպրեսիան (24%) [24]: Ընդհանուր ուղեկցող հիվանդությունները, որոնք հաշվի են առնվել՝ այս ուղեցույցի ապացույցները դիտարկելիս, հետևյալն են.

- Կրիտիկական՝ կյանքին սպառնացող հիվանդություն
- Այլ տեսակի դեմենցիա
- Դելիրիում
- Դեպրեսիա
- Թուլություն
- Գլխի շրջանում վնասվածք
- Նյարդաբանական հիվանդություններ՝ ներառյալ Պարկինսոնի հիվանդությունը և ուղեղի անոթային հիվանդությունները
- Սրտանոթային հիվանդություններ
- Անոթային հիվանդություններ
- Հոգեբանական/վարքային խնդիրներ
- Դաունի համախտանիշ
- Ուսման անկարողություն

Ուղեցույցի թիրախային օգտագործողները

Այս ուղեցույցը հետաքրքրություն կներկայացնի առաջնային և երկրորդային առողջապահական հաստատությունների մասնագետների, սոցիալական խնամքի մասնագետների, համայնքային, խնամքի տների և տնային խնամքի անձնակազմի համար, ովքեր ներգրավված են դեմենցիայի առաջացման ռիսկի տակ գտնվող կամ արտորոշված մարդկանց խնամքի մեջ, ինչպես նաև դեմենցիայով ապրող մարդկանց, նրանց ընտանիքներին և խնամողներին:

Սահմանումներ

Թեթև կոգնիտիվ խանգարումներ

Թեթև կոգնիտիվ խանգարում (ԹԿԽ) արտորոշումը հաճախ տրվում է Ալցհայմերի հիվանդության վաղ փուլում [25]: Գոյություն ունի ԹԿԽ-ի հետ կապակցված

ախտանիշների լայն շրջանակ՝ ներառյալ ազդեցությունը մտավոր գործընթացների վրա (օրինակ՝ ուշադրություն և հիշողություն) և վարքային փոփոխություններ (օրինակ՝ ապաթիա, անհանգստություն կամ դյուրագրգռություն), ինչը նշանակում է, որ բժիշկների համար դժվար է դրանք վաղ շրջանում կապել մեկ հիվանդության հետ [25]: Յետազոտությունները ցույց են տալիս, որ ամեն տարի ԹԿԽ ունեցող անձանց 8-15%-ի մոտ կակսի զարգանալ դեմենցիա:

Այնուամենայնիվ, ախտանշանները կարող են նաև վկայել բազմաթիվ այլ բժշկական խնդիրների մասին, և ենթադրվում է, որ դեպքերի մեկ քառորդում ԹԿԽ ունեցող անձինք կվերադառնան լիարժեք ճանաչողական գործունեության [25]: Հիվանդությունների միջազգային դասակարգման 11-րդ տարբերակում (ICD-11) այս վիճակը վերադասակարգվում է որպես մեղմ նյարդաճանաչողական խանգարում:

Դեմենցիա

ICD-11-ի (Հիվանդությունների միջազգային դասակարգման 11-րդ տարբերակ) համաձայն՝ դեմենցիան բնորոշվում է երկու կամ ավելի ճանաչողական ոլորտներում զգալի խանգարումների առկայությամբ՝ հաշվի առնելով տվյալ անձի տարիքը և ճանաչողական նախնական (նախահիվանդական) մակարդակը, ինչը ներկայացնում է անկում այդ անձի նախկին գործառույթային կարողությունների համեմատ:

Հիշողության խանգարումը առկա է դեմենցիայի գրեթե բոլոր ձևերում, սակայն ճանաչողական խանգարումները միայն հիշողությամբ չեն սահմանափակվում: Խանգարումներ կարող են դիտվել նաև հետևյալ ոլորտներում՝

- գործադիր ֆունկցիաներ,
- ուշադրություն,
- խոսակցական կարողություն,
- սոցիալական ճանաչում և դատողություն,
- հոգեշարժողական ակտիվություն,
- տեսողական ընկալում կամ տարածական կողմնորոշման ունակություններ:

Ներյովարքաբանական փոփոխություններ ևս կարող են առկա լինել, և դեմենցիայի որոշ ձևերում դրանք կարող են լինել հիվանդության առաջին արտահայտման ախտանիշները:

Կոգնիտիվ խանգարումը, որը պայմանավորված չէ ծերացման բնական գործընթացով և արտահայտվում է բավականաչափ ծանր՝ էականորեն խանգարելով անձի անկախությանը առօրյա գործունեության մեջ, համարվում է, որ պայմանավորված է նյարդային համակարգի որևէ ձեռքբերովի հիվանդությամբ: Այն կարող է ներառել՝

- գլխուղեղի վնասվածքներ,
- վարակներ կամ այլ հիվանդություններ,

- որոշ դեղամիջոցների կամ նյութերի օգտագործում,
- սննդային անբավարարություն,
- թունավոր նյութերի ազդեցություն [26]:

Դեմենցիայի հիմնական տեսակները

Ալցհայմերի հիվանդություն

Ալցհայմերային թուլամտությունն առավել հաճախ սկսվում է հիշողության խանգարմամբ, որն արտահայտվում է որպես առաջնային գանգատ: Դիտվում է կոգնիտիվ ֆունկցիաների կայուն անկում: Ալցհայմերի հիվանդությամբ պայմանավորված թուլամտությունը հաճախ ուղեկցվում է հոգեկան և վարքային ախտանշաններով, ինչպիսիք են դեպրեսիան և ապաթիան՝ վաղ փուլերում, իսկ հետագա փուլերում՝ ցնորքները, դյուրագրգռությունը, ագրեսիան, շփոթությունը, քայլքի և շարժողականության խանգարումները, ցնցումային նոպաները: Դրական գենետիկական թեստի, ընտանեկան հիվանդությունների պատմության և կոգնիտիվ կարողությունների աստիճանական անկման արդյունքների հիման վրա մեծապես կարելի է ենթադրել դեմենցիայի առաջացումը Ալցհայմերի հիվանդության հետևանքով [27]: Ալցհայմերի հիվանդության վերջնական ախտորոշումը կարելի է դնել, եթե առկա է վերը նշված հիվանդության ընթացքը և հետմահու կատարվող հետազոտությունը ցույց է տալիս բնորոշ օժանդակ պաթոլոգիական առանձնահատկությունները ամիլոիդային խցանումների և նեյրոֆիբրիլյար կծիկների տեսքով:

Ալցհայմերի հիվանդության վերջնական ախտորոշումը կարելի է դնել, եթե առկա է վերը նշված հիվանդության ընթացքը և կատարվող հետազոտությունը հայտնաբերվում է բնորոշ նեյրոմորֆոլոգիական պատկեր: Մակրոսկոպիկ գլխուղեղի ատրոֆիան հատկապես առկա է հիպոկամպում, Մեյներիտի բազալ խոլիներգիկ կորիզում, գազաթաքունքային և ճակատային բլթերի կեղևում: Միկրոսկոպիկ հայտնաբերվում են ներնեյրոնային նեյրոֆիբրիլյար կծիկներ, որոնք կազմված են զույգ tau-սպիտակուցների պարուրած և ֆիլամենտների ագրեգացիայից, և արտանեյրոնային ամիլոիդ վահանակներ, որոնք կազմված են β -ամիլոիդի կուտակումներից:

Անոթային դեմենցիա

Անոթային դեմենցիան հանդիսանում է գլխուղեղի պարենխիմի զգալի վնասման արդյունք, որն առաջանում է գլխուղեղի անոթային հիվանդությունների հետևանքով (իշեմիկ կամ հեմորագիկ): Կոգնիտիվ խանգարումների սկիզբը ժամանակագրորեն կապվում է մեկ կամ մի քանի անոթային խնդիրների հետ: Ճանաչողական անկումը սովորաբար առավել ցայտուն է տեղեկատվության մշակման արագության, համալիր ուշադրության և ճակատային բլթի գործադիր ֆունկցիաների կատարման հարցում [30]:

Լևի մարմնիկներով դեմենցիա

Ճշգրիտ պատճառաբանությունը, Էթիոլոգիան դեռևս հայտնի չէ, սակայն այն ներառում է ալֆա-սինուկլեին սպիտակուցի աբնորմալ ծալում և կուտակում, ինչի արդյունքում առաջանում են Լյուի մարմնիկներ՝ հիմնականում գլխուղեղի կեղևում և ուղեղի ցողունում: Հիվանդությունն ունի դանդաղ ու աննկատ սկիզբ: Որպես սկզբնական գանգատ սովորաբար նշվում են ուշադրության և գործադիր ֆունկցիաների խանգարումները, որոնք հաճախ ուղեկցվում են տեսողական ցնորքներով և քնի աչքերի արագ շարժումների փոփոխվող վարքային խանգարման ախտանիշներով (REM sleep behavior disorder): Հետագայում են նաև այլ ցնորքներ, դեպրեսիվ ախտանիշներ և գառանցանքներ: Հիվանդությանը բնորոշ է նաև պարկինսոնիզմի ինքնաբերական ի հայտ գալը մոտավորապես մեկ տարվա ընթացքում կոգնիտիվ ախտանիշների սկզբից հետո [31]: Լյուի մարմնիկներով դեմենցիայի կոնսենսուսային չափանիշները (DLB Consortium Criteria) առաջարկում են կլինիկական ախտանշանների և ախտորոշիչ բիոմարկերների հայտնաբերման և գնահատման լավագույն եղանակները [32]:

Ֆրոնտոտեմպորալ (ճակատաքունքային) դեմենցիա

Ճակատաքունքային (ֆրոնտոտեմպորալ) դեմենցիան առաջնային նեյրոդեգեներատիվ խանգարումների խումբ է, որը հիմնականում ազդում է ճակատային և քունքային բլթերի վրա: Հիվանդությունն ունի դանդաղ և աննկատ սկիզբ՝ աստիճանաբար վատթարացող ընթացքով: Նկարագրված են համախտանիշային մի քանի տարբերակներ (որոշ դեպքերում՝ հաստատված գենետիկ հիմքով կամ ընտանեկան պատմությամբ), որոնք ներառում են հաջորդիվ նշված կլինիկական դրսևորումները՝ արտահայտված անճնային և վարքային փոփոխություններով, որոնք կարող են տեսակավորման հիմք հանդիսանալ: Դրանցից են գործադիր ֆունկցիաների խանգարումը, ապաթիան, սոցիալական ընկալման վատթարացումը, կրկնվող շարժումները, սննդային վարքի փոփոխությունները: Ներառվում են նաև լեզվի խանգարումները, այդ թվում՝ իմաստային, ագրամատիկ՝ ոչ սահուն խոսք, լոգոպենիկ: Կարող են հանդիպել նաև խառը ձևեր, երբ նշված խանգարումները համակցված են: Հիշողությունը, հոգեշարժողական արագությունը, ինչպես նաև տեսողական ընկալման և տարածական կողմնորոշման ունակությունները սովորաբար համեմատաբար պահպանվում են՝ հատկապես հիվանդության վաղ փուլերում [33]:

Դեմենցիայի այլ տեսակներ

Դեմենցիայի այլ տեսակները ներառում են հոգեակտիվ նյութերի (ներառյալ դեղամիջոցների) կամ այլ հիվանդությունների, վարքային կամ հոգեբանական խանգարումների հետևանքով առաջացած դեմենցիան: Դեմենցիան կարող է առաջանալ նաև անհայտ կամ չճշտված պատճառներով [34]:

Համաձայն ICD-11-ի՝ խառը տեսակի դեմենցիան ներառում է դեմենցիա, որը արտահայտվում է ինչպես Ալցհայմերի, այնպես էլ այլ անոթային և ոչ անոթային պաթոլոգիաների պատճառներով առաջացած դեմենցիաների ախտանշաններով: , որոնք նպաստում են դեմենցիային [33-36]:

Վաղ սկզբով դեմենցիա

Առաջանում է մինչև 65 տարեկանը, կարող է ունենալ ատիպիկ կլինիկական պատկեր [37]: Տարբերակիչ ախտորոշման շրջանակը լայն է, և կարող են լինել լրացուցիչ հոգեւոգիալական պատճառներ, օրինակ՝ աշխատանքային գործունեության հետ կապված խնդիրներ, երիտասարդ ընտանիք ունենալու հանգամանքը, ինչպես նաև ժառանգական նախատրամադրվածության հնարավոր ազդեցությունները:

Դեմենցիայի փուլերը՝ թեթև, միջին, ծանր

Դեմենցիայի ընթացքը յուրահատուկ է յուրաքանչյուր անձի համար և կախված է հիմքում ընկած հիվանդության էթիոլոգիայից, ուղեկցող հիվանդություններից (կոմորբիդ վիճակներից), ինչպես նաև առողջական, անհատական, կենսագրական և սոցիալ-տնտեսական այլ գործոններից:

Թեթև աստիճանի դեմենցիա ունեցող անձինք հաճախ կարող են ինքնուրույն ապրել, սակայն որոշ դեպքերում անհրաժեշտ է հսկողություն կամ աջակցություն: Նրանք դեռևս կարող են մասնակցել հասարակական կամ սոցիալական գործունեությանը, հաճախ առանց կողմնակի օգնության: Սովորաբար խաթարված են դատողությունը, խնդիրների լուծման ունակությունները, սակայն սոցիալական դատողությունը որոշ դեպքերում կարող է պահպանված լինել՝ կախված թուլամտության էթիոլոգիայից: Անձը նաև կարող է ունենալ դժվարություններ բարդ որոշումներ կայացնելու, ծրագրեր կազմելու, ֆինանսական հարցեր կարգավորելու գործում:

Միջին աստիճանի դեմենցիա ունեցող անձինք կարիք ունեն աջակցության տնից դուրս գալու համար և միայն ամենապարզ կենցաղային գործերն են դեռ կարողանում իրականացնել: Նրանց մոտ ի հայտ են գալիս դժվարություններ առօրյա հիմնական գործունեության կատարման հարցում, օրինակ՝ հագնվելը, անձնական հիգիենայի պահպանումը: Այս փուլը հաճախ բնորոշվում է հիշողության զգալի կորուստով, դատողության և խնդիրների լուծման ունակությունների զգալի խանգարումներով, սոցիալական դատողության խաթարմամբ: Անձը դժվարությամբ է կայացնում բարդ կամ կարևոր որոշումներ և հաճախ հեշտությամբ է շփոթվում կամ մոլորվում: Տվյալ անձինք կարող են ունենալ դժվարություններ տանից դուրս մարդկանց հետ հաղորդակցվելու գործընթացում՝ առանց խնամողի աջակցության: Սոցիալական շփումները դառնում են ավելի բարդ, քանի որ կարող է դրսևորվել ոչ համապատասխան վարք, ինչպես նաև վարքային փոփոխություններ և փսիխոտիկ ախտանիշներ:

Ծանր աստիճանի դեմենցիա ունեցող անձինք սովորաբար ունենում են ծանր հիշողության խանգարումներ, որոնք կարող են տատանվել՝ կախված թուլամտության էթիոլոգիայից: Այս փուլում հաճախ առկա է ապակողմնորոշում ժամանակի և տարածության նկատմամբ, հիվանդները դժվարությամբ են հասկանում իրենց շուրջը կատարվող իրադարձությունները: Սովորաբար ամբողջությամբ կորցնում են դատողություն կատարելու, խնդիրներ լուծելու ունակությունը և ամբողջովին կախված են այլ անձանցից անձնական խնամքի հարցերում, ինչպիսիք են սնվելը, լոգանքը, սանհանգույցից օգտվելը: Այս փուլում կարող է ի հայտ գալ նաև միզուղիների և աղիքների անպահովություն (ինկոնտինենցիա):

Խորը դեմենցիան համապատասխանում է հիվանդության վերջին փուլերին, երբ ուղեղային փոփոխություններով պայմանավորված թուլամտության բարդությունն ու ծանրությունը հանգեցնում են այնպիսի ախտանիշների, որոնք կապված են կախվածության՝ լիարժեք խնամքի կարիք ունենալու, առողջապահական ծառայությունների նկատմամբ աճող պահանջարկի և ռիսկերի հետ: Խորը թուլամտություն ունեցող անձինք ունենում են բազմաբնույթ առողջական խնդիրներ, որոնք պահանջում են բարձրորակ բժշկական հսկողություն, քույրական խնամք, պալիատիվ խնամքի մասնագիտական գնահատում: Այս ամենը պետք է իրականացվի նաև խնամողների և շրջապատի անձանց դիտարկումների հիման վրա, հատկապես այն դեպքերում, երբ անձը դժվարանում է արտահայտել սեփական կարիքներն ու զգացումները [38, 39]:

Խնամողները

Անվճար խնամողներն այն մարդիկ են, ովքեր խնամք և աջակցություն են ցուցաբերում ընտանիքի անդամներին, այլ հարազատներին, ընկերներին և հարևաններին [13, 40]: Օգտագործվում են նաև այլ եզրույթներ, ինչպիսիք են «ոչ ֆորմալ խնամողներ» և «խնամատուներ»:

Ընտանիքի անդամից կամ դեմենցիա ունեցող անձի հետ այլ հարաբերություններ ունեցող անձից, տարբեր պատճառներով, կարող է ժամանակ պահանջվել, մինչև նա ճանաչի իր դերը որպես խնամող: Դա կարող է տեղի ունենալ միայն այն ժամանակ, երբ մեծանում է խնամողի դերը, և դա ավելի ակնհայտ է դառնում խնամողի համար: Կարևոր է հաշվի առնել, որ խնամողները կարող են և չճանաչել այդ դերը կամ կոչումը:

Երիտասարդ խնամողներն այն անձինք են, ովքեր տրամադրում են անվճար խնամքի ծառայություններ. նրանք 18 տարեկանից ցածր, կամ 18 կամ ավելի տարեկան են, բայց դեռ հաճախում են դպրոց, և տրամադրում են (կամ մտադիր են տրամադրել) խնամք մեկ այլ անձի [13]:

Մտադրության մասին հայտարարություն

Այս ուղեցույցը չպետք է դիտարկվի կամ ծառայի որպես խնամքի ապահովման չափանիշ: Խնամքի չափորոշիչները սահմանվում են առանձին դեպքի համար հասանելի բոլոր կլինիկական տվյալների հիման վրա, և ենթակա են փոփոխման՝ գիտական տվյալների և տեխնոլոգիական առաջընթացի և խնամքի մոդելների զարգացմանը համընթաց: Ուղեցույցի առաջարկություններին հավատարիմ մնալը չի կարող ապահովել հաջող արդյունք յուրաքանչյուր դեպքի համար, և տվյալ առաջարկությունները չպետք է դիտարկվեն որպես խնամքի բոլոր պատշաճ մեթոդները ներառող կամ էլ բացառող խնամքի այլ ընդունելի մեթոդները, որոնք ուղղված են նույն արդյունքներին հասնելուն:

Վերջնական որոշումը պետք է կայացվի համապատասխան առողջապահական մասնագետ(ներ)ի կողմից, որը պատասխանատու է կլինիկական որոշումների համար, կապված է որոշակի կլինիկական ընթացակարգի կամ բուժման պլանների հետ: Այս որոշումը պետք է կայացվի միայն անհատի հետ համատեղ որոշումների կայացման գործընթացի միջոցով, որն ընդգրկում է ախտորոշման և բուժման հասանելի տարբերակները: Դեմենցիա ունեցող անձի ցանկությամբ, ախտորոշման և բուժման վերաբերյալ որոշումների կայացման մեջ պետք է ներգրավված լինեն

ընտանիքը/խնամողները, կամ եթե դեմենցիա ունեցող անձը չունի կարողություններ, և ընտանիքը/խնամակալն ունի նպաստի ստացման համար լիազորագիր, ինչպես նաև խնամակալության մասին հրամանի առկայության դեպքում: Այնուամենայնիվ, խորհուրդ է տրվում, որպեսզի ազգային ուղեցույցի պահանջներից կամ դրանից բխող որևէ տեղական ուղեցույցի պահանջներից զգալի շեղումները արձանագրվեն անձի բժշկական գործերում՝ համապատասխան որոշման ընդունման պահին:

Գլուխ 2. Հիմնական խորհուրդները

Դեմենցիայի հայտնաբերումը և ախտորոշումը

Առողջապահության ոլորտի մասնագետները պետք է ապահովեն, որ դեմենցիայի ախտորոշման քննարկումը ներառի դրական և հուսադրող, սակայն իրատեսական հաղորդագրություններ, տեղեկատվություն կանխատեսման և աջակցության աղբյուրների մասին, տեղեկություններ բարեկեցության մասին և այն մասին, թե ինչպես կարող է դեմենցիայով տառապող անձը շարունակել իր կյանքը, պահպանել իր սեփական «ես»-ի զգացողությունը և ընդունել իր ինքնությունը որպես դեմենցիա ունեցող անձ:

Սպասվող խնամքի պլանավորում

Սպասվող խնամքի պլանավորումը կարող է ներառել ժամանակի ընթացքում մի շարք զրույցներ, որոնք թույլ կտան ստանալ պարզաբանումներ, կատարել պլանում տեղեկությունների արտացոլումներ և թարմացումներ՝ արտացոլելու համար ցանկացած կարիքի փոփոխություն: Վաղ քննարկումները կարևոր են, քանի որ դեմենցիայով հիվանդի կարողությունը նվազում է հիվանդության խորացման ընթացքին համընթաց:

Սպասվող խնամքի պլանավորման որոշումները պետք է վերանայվեն և թարմացվեն, իսկ դրանց հաճախականությունը պետք է որոշվի ըստ հիվանդության խորացման տեմպերի և ցանկացած փոփոխվող կարիքների:

Հետախտորոշիչ աջակցություն

Հետախտորոշիչ աջակցությունը պետք է ներառի խնամքի շարունակականությունը, ներառյալ «մեկ կանգառի» ծառայությունը կամ մեկ կոնսուլտային անձը, մեկ մասնագետը, կամ դեպքի կառավարիչը: Դա պետք է լինի առողջապահական կամ սոցիալական խնամքի մասնագետ, ով տիրապետում է դեմենցիայի վերաբերյալ համապատասխան հմտությունների, գիտելիքների և ունի համապատասխան փորձառություն (տե՛ս Promoting Excellence Framework) [11], ով աշխատում է ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների հետ՝ ապահովելու համար կոնկրետ հիվանդի կարիքներին հարմարեցված աջակցության փաթեթի ժամանակին տրամադրումը:

Վիշտը և դեմենցիան

Առողջապահության ոլորտի մասնագետները պետք է գիտակցեն, որ դեմենցիա ունեցող մարդկանց խնամողները կարող են նախքան հիվանդի մահը վիշտ ապրել՝ ախտորոշման պահից և դեմենցիայի հետագա փուլերի ընթացքում, և զգուշությամբ հետաքրքրվեն հետևյալ փորձառությունների մասին.

- նախքան հիվանդի մահը վշտի խորացում՝ դեմենցիայի ծանրության աստիճանի խորանալու հետ մեկտեղ,
- նախքան հիվանդի մահը վշտի խորացում անցումային պահերի, ինչպես, օրինակ, երբ դեմենցիա ունեցող անձը տեղափոխվում է երկարատև խնամքի հաստատություն:

Ոչ դեղաբանական մոտեցումները անհանգիստ վարքի նկատմամբ

Դեմենցիայով տառապող մարդկանց անհանգիստ վարքի ախտանիշները կառավարելու համար կարելի է դիտարկել համապարփակ կառուցվածքային գնահատման վրա հիմնված, տվյալ հիվանդի կարիքներին հարմարեցված գործողություններ: Գործողությունները պետք է լինեն անհատականացված՝ կենտրոնանալով պահպանված կարողությունների վրա, և հաշվի առնեն հիվանդի նախկին դերը, հետաքրքրությունները և նախասիրությունները:

Դեմենցիա ունեցող մարդկանց խնամողների համար կարելի է դիտարկել հատուկ հոգեկրթության և հմտությունների ուսուցում:

Բաղադրիչները կարող են ներառել՝

- խնդիրների լուծում,
- շարժառիթների բացահայտում,
- անհանգիստ վարքի հաղթահարման ռազմավարություններ,
- սթրեսի նվազեցում,
- կոգնիտիվ կարողությունների վերակազմավորում,
- հաղորդակցման հմտություններ,
- ճգնաժամային կառավարում:

Դեմենցիայով մարդկանց կարիքների փոփոխում

Առողջապահության ոլորտի մասնագետները պետք է գիտակցեն, որ դեմենցիա ունեցող մարդկանց կյանքի ավարտը սահմանելու գոյություն ունեցող միջոցները, որոնք հիմնված են ճանաչողական և ամբուլատոր գործառույթների վրա, կարող են անարդյունավետ լինել և չճանաչել կյանքի մայրամուտին չբավարարված կարիքները:

Առողջապահության ոլորտի մասնագետները պետք է կենտրոնանան անհատի կարիքների վրա և չսևեռվեն կյանքի ավարտի սահմանման վրա՝ հիմնվելով հիվանդության փուլի վրա:

Գլուխ 3. Դեմենցիայի հայտնաբերում և ախտորոշում

Դեմենցիայի ախտորոշումը պետք է կատարվի դեմենցիայի մասին գիտելիքներին տիրապետող կլինիկական բժշկի կողմից՝ համապատասխան կլինիկական գնահատումից հետո (ներառյալ համապատասխան նյարդաբանական հետազոտությունը և կոգնիտիվ թեստը) [22]: Անհրաժեշտ է կատարել արյան անալիզներ՝ բացառելու համար կոգնիտիվ կարողությունների անկման դարձելի պատճառները, եթե դրանք արդեն իսկ լուծված չեն: Կարելի է դիտարկել նյարդահոգեբանական թեստավորումը, եթե պարզված չէ հետևյալը.

- Արդյո՞ք անձը ունի կոգնիտիվ խանգարում,
- Արդյո՞ք կոգնիտիվ խանգարումը պայմանավորված է դեմենցիայով,
- Ո՞րն է ճիշտ ենթատիպային ախտորոշումը:

Դեմենցիայի գնահատումը հիմնված է պատմության և զննությունների վրա, որոնք պետք է ներառեն տվյալներ տեղեկատու անձից՝ ընտանիքի անդամ կամ ինամոդ: Ախտորոշումը պետք է կատարվի ՀՄԴ-10-ի (հետագայում ՀՄԴ-11) համաձայն, առավել հաճախ՝ բազմամասնագիտական թիմի գնահատման համատեքստում, և պետք է ցույց տա կոգնիտիվ և գործունակության կարողությունների էական անկում:

Առկա են թեստեր, որոնք կարող են օգտագործվել կոգնիտիվ կարողությունները գնահատելու համար: Դրանք գնահատման գործընթացի մի մասն են, որը հաճախ կարող է լինել բարդ և ունենալ անորոշության որոշակի մակարդակ: Տարբերակիչ ախտորոշումը կարող է լինել լայն՝ կոգնիտիվ կարողությունների խանգարման այլ պատճառները դիտարկելիս: Կոգնիտիվ կարողությունների ավելի խորը թեստավորումը, ֆունկցիոնալ գնահատումը և պատկերավորումը (օրինակ՝ ՄՌՇ, ՀՇ) և այլ հետազոտությունները կարող են նպաստել ախտորոշմանը, բայց և կարող են երկարաձգել ախտորոշման համար պահանջվող ժամանակը:

Կոգնիտիվ կարողությունները գնահատող կարճ թեստեր

Կարճ կոգնիտիվ թեստերը կարող են հիմնավորել դեմենցիայի ախտորոշման հարցում մասնագետի ներգրավման անհրաժեշտությունը: Հասանելի են բազմաթիվ կոգնիտիվ կարողությունների ստուգման կարճ թեստեր, որոնք կարելի է կիրառել ոչ մասնագիտական պայմաններում [41]: Կոգնիտիվ կարճ թեստերը սահմանվում են այս ուղեցույցի համատեքստում որպես 30 րոպեից քիչ տևողությամբ գործողություն: Այս գործիքները ինքնին ախտորոշիչ չեն, սակայն կարող են օգնել բացահայտել այն անձանց, ովքեր կարող են օգտվել թուլամտության մասնագիտացված գնահատման համար ուղղորդումից: Գնահատվող հիմնական ոլորտներն են՝ ուշադրություն, կողմնորոշում ժամանակի մեջ, հիշողություն (կարճատև և երկարատև), տեսաշարժողական հմտություններ, գործադիր ֆունկցիաներ, դատողություն, խոսք: Թեստերի միջև հաճախ առկա է որոշակի գործառնություններ համընկնում. օրինակ, շատ թեստեր ներառում են ժամանակային կողմնորոշման հարցեր և ժամացույց նկարելու առաջադրանք:

Համապատասխան կոգնիտիվ թեստի ընտրության հարցում անհրաժեշտ է հաշվի առնել մի շարք կարևոր գործոններ, այդ թվում՝ թուլամտության հայտնաբերման բավարար ճշգրտությունը, կիրառման և արդյունքների մեկնաբանման հեշտությունը, անհրաժեշտ ժամանակը, անհրաժեշտ սարքավորումները:

Ախտորոշիչ ճշգրտության հետազոտությունների արդյունքները կախված են կիրառման միջավայրից, այդ թվում՝ հիվանդների պոպուլյացիայից և այն մասնագետների փորձառությունից, ովքեր անցկացնում և մեկնաբանում են թեստը, ինչպես նաև թեստի շեմային արժեքներից կամ մեկնաբանման մեթոդներից: Հիմնականում, թուլամտության «ոսկե ստանդարտ» հանդիսացող ախտորոշիչ չափանիշների կարճ կոգնիտիվ թեստերը համեմատող հետազոտությունները իրականացվել են երկրորդային բուժօգնության միջավայրում:

Թեստի բարձր զգայունությունը (թեստի ունակությունը ճշգրիտ կերպով հայտնաբերել դեմենցիայով տառապող մարդկանց) ցանկալի է առաջնային բուժօգնության պայմաններում ախտանիշ ունեցող մարդկանց թեստավորման համար: Համակարգված դիտարկումները, որոնք համատեղում են մասնագիտացված և ոչ մասնագիտացված տարբեր որակի ուսումնասիրությունները, որտեղ ներառված առնվազն մեկ ուսումնասիրություն ունի 80% զգայունություն, որտեղ ընդունելի մակարդակի կոնկրետությունը (թեստի կարողությունը ճիշտ նույնականացնել առանց դեմենցիայի մարդկանց) կազմում է 70% և ավելի, ներառում են թեստերի հետևյալ տեսակները.

- Ստավոր վիճակի միևնույն զննությունը (MMSE) [22, 42]
- Mini-Cog [22, 43, 44]
- Ադենբուրքի կոգնիտիվ զննություն 3 (ACE-III) [22, 45]
- Mini-ACE [45]
- Վեց կետանոց կոգնիտիվ խանգարման թեստ (6-CIT) [22]
- Վեց կետանոց սքրիներ [42, 46]
- Մոնրեալի կոգնիտիվ գնահատումը (MoCA) [22, 47]
- Հիշողության խանգարման սքրին [22]
- Ժամացույցի գծագրման թեստ (Clock Drawing Test, CDT) [22, 48]
- Ռուվանդի համընդհանուր դեմենցիայի գնահատման սանդղակը (RUDAS) [22, 49]

Վերջերս ներկայացված Free-Cog-ի վերաբերյալ համակարգված ակնարկներ չեն առաջադրվել: Երկրորդային խնամքի պայմաններում երկու ուսումնասիրություններ հայտնաբերել են ընդունելի զգայունություն և կոնկրետություն: Ոչ ոք չի համեմատել Free-Cog-ը դեմենցիայի ախտորոշման ոսկե ստանդարտի չափանիշների հետ [50, 51]:

Ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների կողմից կոգնիտիվ գնահատման (GPCOG) զգայունությունն ու հստակությունը հիմնված է խառը սիմպտոմատիկ և ասիմպտոմատիկ պոպուլյացիաների ուսումնասիրությունների վրա [52-54]:

Հարազատի միջոցով լրացվող հարցաշարեր

Այն թեստերի դեպքում, որոնք հիմնված են տեղեկատուի (անհատի, ով բավարար գիտելիք ունի ենթադրվող կոգնիտիվ խանգարում ունեցող անձի մասին) կողմից հարցաշարի լրացման վրա, ընդունելի զգայունություն և սպեցիֆիկություն ունեցող հետևյալ չորս գործիքներն են ճանաչվել.

- Ութ կետից բաղկացած տեղեկատուի հարցազրույց՝ տարիքային փոփոխությունների և թուլամտության տարբերակման համար (AD8)
- Տեղեկատուի հարցաշար՝ տարեցների կոգնիտիվ հապաղման վերաբերյալ (IQCODE)

Ինքնալրացվող հարցաշարեր

Ստուգի՛ր հիշողությունը (TYM)՝ թեստ, որը պահանջում է նվազագույն ներգրավվածություն գնահատողի կողմից, ունեցել է ընդունելի զգայունություն և յուրահատկություն:

Տեղեկատուի հարցաթերթիկները

Այն թեստերի համար, որոնք հիմնված են հարցաթերթիկը լրացնող տեղեկատուի վրա (ինչ-որ մեկը, ով բավարար չափով տեղեկացված է կասկածվող կոգնիտիվ խնդիրներ ունեցող անձի մասին, սովորաբար ընտանիքի անդամ է կամ ինամող), պարզվել է ընդունելի մակարդակի զգայունությունն ու կոնկրետությունը հետևյալ թեստերում. ութ կետից բաղկացած տեղեկատուի հարցաշար ծերության և դեմենցիայի միջև տարանջատման համար (AD8) և տարեցների մոտ կոգնիտիվ կարողությունների անկման վերաբերյալ տեղեկատուի հարցաշար (IQCODE) [22, 56, 57]:

Հարցաթերթիկների ինքնուրույն լրացում

Ստուգի՛ր հիշողությունը (TYM) մի գործիք է, որը պահանջում է գնահատողի նվազագույն ներգրավում, ցուցադրել է ընդունելի մակարդակի զգայունություն և կոնկրետություն [22]:

Չեռավար թեստավորում

Քոքրեյնի դիտարկմամբ՝ հայտնաբերվել է վեց հետազոտություն հեռախոսով իրականացվող բազմաբնույթ կոգնիտիվ թեստերի ճշգրտության վերաբերյալ: Թեստերը ներառում էին ինչպես հատուկ հեռավար օգտագործման համար մշակված գործիքներ, այնպես էլ առկա թեստերի ձևափոխված տարբերակներ: Չեռազոտական պոպուլյացիաները զգալիորեն տարբերվում էին, իսկ հետազոտությունները կատարվել էին համայնքային, ամբուլատոր և ստացիոնար կլինիկաներում: Թեստավորումը հիմնականում իրականացվել էր կլինիկական հոգեբանների կողմից: Հիմնական վերլուծությունը ներառում էր բազմաբնույթ կոգնիտիվ թեստեր, որոնց համար եղել էին հետազոտություններ, որոնք գնահատել էին ախտորոշիչ ճշգրտությունը՝ համեմատելով դեմենցիայի կլինիկական ախտորոշման հետ: Բացառվել էին դեպք-հսկիչ ձևաչափով վավերացման հետազոտությունները, ինչպես նաև այն ուսումնասիրությունները, որոնք ներառում էին 10-ից պակաս մասնակիցներ:

Չեռախոսային այն գործիքները, որոնք առնվազն մեկ հետազոտության մեջ ունեցել են բարձր զգայունություն և սպեցիֆիկություն, ներառում են՝

- Մեծահասակների կենսակերպի և գործառնությունների հարցազրույց (ALFI-MMSE), որը ներառում է MMSE թեստը (զգայունություն՝ 94%, սպեցիֆիկություն՝ 84%, 15 բաժանումով),
- Tele-Free-Cog, (զգայունություն՝ 90%, սպեցիֆիկություն՝ 83%, 20 բաժանումով),

Նշված շեմային արժեքները (cut-off points) համընդհանուր ընդունված չեն, ուստի ներկայացված են տվյալ գործիքներում կիրառված շեմերը:

Մոնրեալի կոգնիտիվ հեռախոսային գնահատման (tMoCA) կամ Ադենբրուքի կոգնիտիվ հեռախոսային գնահատման (tACE) վերաբերյալ ուսումնասիրություններ չեն հայտնաբերվել:

Երկրորդային վերլուծության մեջ վեց ուսումնասիրությունները համեմատեցին փոփոխված հեռախոսային հարցազրույցը կոգնիտիվ կարգավիճակի (TICSm) մի շարք համարժեք առկա եղանակով իրականացվող գործիքների հետ: Մեկ ուսումնասիրությունում զգայունությունը կազմել է 92%, 74% կոնկրետությամբ, 14 բաժանումով՝ MMSE-ի հետ համեմատելիս:

Քոքրեյնի դիտարկմամբ՝ վեց ուսումնասիրությունների շրջանակներում MMSE-ի հեռախոսային տարբերակը համեմատվեց առկա եղանակով կատարվող թեստի մի քանի տարբերակների հետ: Թեստերի միջև հարաբերակցությունը եղել է միջինից մինչև ուժեղ ($r=0.69$ -ից 0.85): Տեսազանգերի և առկա MMSE-ի թեստի միջին միավորները համադրելի էին մեկ ուսումնասիրության մեջ, ավելի բարձր՝ հեռավար թեստի երեք ուսումնասիրություններում և ավելի ցածր՝ երկու ուսումնասիրություններում: RUDAS-ի միավորներն ավելի ցածր են եղել տեսազանգերի դեպքում մեկ հետազոտության մեջ և համեմատելի՝ մյուսում:

Քոքրեյնի համակարգային վերանայումը նաև բացահայտել է մեկ ուսումնասիրություն, որն իրականացրել է վիդեոզանգի հնարավորությունների վրա հիմնված թեստավորում՝ օգտագործելով RUDAS-ը, և զեկուցվել է դեմենցիայի համար 80% զգայունություն և 91% կոնկրետություն [58]:

Գոյություն ունեն ապացույցներ, որ ուսումնասիրությունները, որտեղ համեմատում են հայտնի հիվանդությամբ անձանց այդ հիվանդությունը չունեցող վերահսկվող խմբի անձանց հետ, հակված են չափազանցել ախտորոշման ճշգրտությունը [59]: Դեմենցիայի ճշգրտության միավորված վերլուծություններում TICS-ը կազմում էր բաժանման <28 , ուներ 87% զգայունություն և 77% կոնկրետություն (հինգ ուսումնասիրություն), իսկ TICSm-ը կազմում էր բաժանման <28 , ուներ 91% զգայունություն և 91% կոնկրետություն (երեք ուսումնասիրություն):

Բացակայում են ցանկացած տեսակի ապացույցները, ըստ որոնց կարելի է խորհուրդ տալ այս կամ այն կոգնիտիվ թեստը: Աղյուսակ 1-ում ներկայացված են կոգնիտիվ կարճ թեստերը, որոնք ունեն համապատասխան ախտորոշիչ ճշգրտություն՝ հայտնաբերելու այն անձանց, ովքեր կուղղորդվեն երկրորդային բուժօգնության: Աղյուսակը տեղեկություններ է տրամադրում, որոնք թույլ կտան կլինիկաներին ընտրել իրենց պայմաններին և իրավիճակին ամենահարմար թեստը:

Աղյուսակ 1. Կոգնիտիվ կարճ թեստեր, որոնք համարվում են օգտագործման համար հարմար՝ հիմնվելով ընդունելի ախտորոշիչ ճշգրտության վրա, ըստ որի բացահայտվում են այն անհատները, ովքեր կարող են օգուտ քաղել ուղեգրումից դեպի երկրորդական խնամքի հաստատություններ:

Թեստ	Ավարտելու համար պահանջվող ժամանակը (րոպե)	Անվճար է NHS-ի համար	Պահանջվում է ֆորմալ հատուկ ուսուցում	Անձն ունի անգլերենի իմացության կարիք
Ուղղակի արագ թեստեր				
6-CIT	<5	Այո	Ոչ	Ոչ
CDT	<3	Այո	Ոչ	Ոչ
GPCOG b	2-5	Այո	Նվազագույն	Ոչ
Ֆիշոլոլոգիայի խանգարման սքրինինգ՝ (MIS)	<4	Այո	Ոչ	Այո
Mini-ACE	<5	Այո	Այո	Ոչ
Mini-Cog	<3	Այո	Նվազագույն	Ոչ
Վեդ կետից բաղկացած սքրինինգ (SIS)	1-2	Այո	Ոչ	Ոչ
Ընդայնված ուղղակի թեստեր				
Ադենբրուքի կոգնիտիվ գննություն (ACE)	10-30	Այո	Այո՞	Այո
Free-Cog	5-10	Այո	Ոչ	Այո
Մտավոր վիճակի միևնույն գննություն (MMSE)	10-15	Ոչ	Այո	Այո
Մոնրեալի կոգնիտիվ գնահատում (MoCA)	10-20	Այո (ուսուցման սերտիֆիկացման ծախսը)	Պահանջվում է ուսուցման սերտիֆիկացում	Ոչ
Ռոուլենդի դեմենցիայի համընդհանուր գնահատման սանդղակ (RUDAS)	10-15	Այո	Նվազագույն	Ոչ

Թեստ	Ավարտելու համար պահանջվող ժամանակը (րոպե)	Անվճար է NHS-ի համար	Պահանջվում է ֆորմալ հատուկ ուսուցում	Անձն ունի անգլերենի իմացության կարիք
Տեղեկատուի հարցաթերթիկները				
AD-8	<3	Ոչ (պահանջվում է թույլտվություն)	Ոչ	Ոչ
IQCODE	5–7	Այո	Ոչ	Ոչ
Ինքնուրույն լրացման (առողջապահական աշխատակցի նվազագույն վերահսկողություն)				
Ստուգիր հիշողությունը (TVM)	5–10	Այո	Ոչ	Այո
Չեռավար գնահատում				
Tele-Free-Cog	15–20	Այո	Ոչ	Ոչ
Կոգնիտիվ կարգավիճակի վերաբերյալ հեռախոսային հարցում–վերանայված (TICSm)	15–20	Այո	Ոչ	Ոչ
Կոգնիտիվ կարգավիճակի վերաբերյալ հեռախոսային հարցում (TICS)	10–20	Ոչ	Այո	Ոչ
Tele-MMSE	10–15	Ոչ	Այո	Ոչ
<p>a «Այո»-ն նշանակում է տալիս, որ թեստերը հասանելի են Creative Commons լիցենզիայի ներքո կամ առաջարկվում են անվճար հեղինակային իրավունքի սեփականատերերի կամ թեստ մշակողների կողմից կլինիկական օգտագործման համար 2023 թվականի նոյեմբերին:</p> <p>b Գնահատմամբ պահանջվում է տեղեկատուի հարցում միավորների ամբողջական գնահատում (սքորինգ) կատարելու համար</p> <p>c Դասընթացը հասանելի է NHS-ի անձնակազմի համար հետևյալ հասցեյով www.mvls.gla.ac.uk/aceiitrainer</p>				

Նյարդահոգեբանական գնահատում

Երկրորդական խնամքի հաստատություններում իրականացվող նյարդահոգեբանական գնահատումը կարող է օգտակար լինել այն ժամանակ, երբ դեմենցիան կլինիկորեն ոչ ակնհայտ է: Այն կարող է ներառել այն դեպքերը, երբ առկա է անհամապատասխանություն կոգնիտիվ կարճ թեստերի ընթացքում անձի պահելաձևի և դրանց ներկայացման միջև, երբ անհասկանալի է՝ արդյոք անձի կոգնիտիվ խանգարումը պայմանավորված է դեմենցիայով, կամ երբ պարզ չէ, թե որն է ճիշտ ենթատիպային ախտորոշումը [22]:

Առողջապահական մասնագետները պետք է դիտարկեն հետևյալ կոգնիտիվ կարճ թեստերից մեկի օգտագործումը, որն ունի ընդունելի ախտորոշիչ ճշգրտություն՝

բացահայտելու այն մարդկանց, ում համար օգտակար կլինի ուղեգրումը դեպի երկրորդական խնամքի հաստատություն՝

- Արագ ուղղակի թեստեր (լրացնելը տևում է ≤5 րոպե)՝

Վեց կետից բաղկացած սքրինինգի գործիք (SIS), ընդհանուր պրակտիկայի բժշկի կողմից կոգնիտիվ կարողությունների գնահատում (GPCOG), ժամացույց նկարելու թեստ, Mini-Cog, հիշողության խանգարման սքրինինգի գործիք (MIS), վեց կետից բաղկացած կոգնիտիվ խանգարման թեստ (6-CIT) և Mini-ACE:

- Ընդլայնված ուղղակի թեստեր (լրացնելը տևում է 10-ից 30 րոպե)՝

Free-Cog, Սոնրեալի կոգնիտիվ գնահատում (MoCA), Դեմենցիայի Ռոուլենդի համընդհանուր գնահատման սանդղակ (RUDAS), Մտավոր վիճակի մինի գննություն (MMSE) կամ Ադենբրուքի կոգնիտիվ կարողությունների գննության գործիք III (ACE-III):

- Ինքնուրույն լրացվող հարցաթերթ. Ստուգիր հիշողությունդ (TYM):
- Տեղեկատու անձի հարցաթերթիկներ (եթե առկա է համապատասխան տեղեկատու անձ)՝ AD8 կամ IQCODE:
- Հեռավար կոգնիտիվ գնահատում (ըստ անհրաժեշտության):

Կոգնիտիվ կարգավիճակի վերաբերյալ հեռախոսային հարցում (TICS), վերանայված TICS, Tele-MMSE և Tele-Free-Cog:

Կոգնիտիվ կարճ թեստերն ընտրելիս առողջապահական մասնագետները պետք է հաշվի առնեն հետևյալ գործոնները՝

- Թեստի ճշգրտությունը:
- Թեստի լրացման համար պահանջվող ժամանակը:
- Թեստի օգտագործման արժեքը:
- Առողջապահության մասնագետների համար թեստի օգտագործման հետ կապված վերապատրաստման պահանջները:
- Թեստը անցնող անձի համար դրա օգտագործման հեշտությունը՝ հաշվի առնելով գրագիտության մակարդակը և լեզուն, լրացուցիչ աջակցության կարիքները և մշակութային առանձնահատկությունները:
- Առողջապահության մասնագետի կողմից գործիքն օգտագործելու, արդյունքները մեկնաբանելու և թեստն անցած անձին արդյունքների մասին հետադարձ կապ տրամադրելու հարցում վստահությունը:

Դեմենցիայի գնահատումը պետք է հաշվի առնի մոտ և հեռու հարազատների հիվանդության պատմությունը (օրինակ՝ ընտանիքի անդամներից կամ խնամողներից) և կլինիկական հետազոտությունները (հոգեմտավոր վիճակ և կենտրոնացված ֆիզիկական հետազոտություն), այլ ոչ միայն հիմնված լինի կոգնիտիվ վիճակի գնահատման վրա:

Դիֆերենցիալ ախտորոշումը պետք է դիտարկվի և՛ անձի կոգնիտիվ դեֆիցիտի իմաստով, և՛ դեմենցիայի այլ հնարավոր պատճառների տեսակետից:

Նյարդահոգեբանական գնահատումը պետք է դիտարկվի դեմենցիայի ախտորոշման ժամանակ՝ ախտորոշման այլ մոտեցումների հետ մեկտեղ (ինչպես սահմանվում է համապատասխան որակավորում ունեցող մասնագետի կողմից), հատկապես այն մարդկանց համար, որոնց մոտ դեմենցիան կլինիկորեն ակնհայտ չէ:

Դեմենցիայի ախտորոշման քննարկումը

Սահմանվել են չորս բարձրորակ հրապարակումներ, որոնք հասցեագրում են՝ «երբ», «ինչպես» և «ով» պետք է ներգրավված լինի դեմենցիայի ախտորոշման քննարկման մեջ: Երեք համակարգված ակնարկներ՝ համապատասխանաբար 52, 54 և 23 միավորով, ներառել են ուսումնասիրություններ և մեկ որակական երևութաբանական հետազոտություն [64]: Աշխատություններում չի դիտարկվել հարցը, թե «որտեղ» պետք է տեղի ունենա քննարկումը:

Որակական երևութաբանական ուսումնասիրությունը ներառում էր հարցազրույցներ, որոնք անց են կացվել ոչ ֆորմալ խնամողների կամ դեմենցիա ունեցող մարդկանց հետ [64]: Մեկ համակարգված ակնարկում 52-ից 16-ը ներառում էին ուսումնասիրություններ, որոնք կենտրոնացած էին առողջապահական մասնագետների վրա, յոթը՝ ոչ ֆորմալ խնամողների, և չորսը՝ դեմենցիա ունեցող մարդկանց վրա [63]: Մյուս երկու համակարգված ակնարկները ներառում էին ուսումնասիրություններ դեմենցիա ունեցող մարդկանց և/կամ խնամողների վերաբերյալ [62], կամ կենտրոնացած էին առողջապահական մասնագետների և դեմենցիա ունեցող մարդկանց և նրանց ուղեկիցների հետ հաղորդակցության վրա [61]: Թերևս, այս համակարգված ակնարկներից մեկում 23-ից միայն 8-ն է ներառել ուսումնասիրություններ, որոնք ուղղված են եղել դեմենցիայի գնահատման կամ ախտորոշման հետ կապված հանդիպումների ժամանակ հաղորդակցությանը [61]:

Ո՞վ պետք է ներգրավված լինի և իրականացնի դեմենցիայի ախտորոշումը

Համակարգված ակնարկների [61-63] և որակական ուսումնասիրության [64] արդյունքում գոյություն ունեւ ձևավորված կարծիք այն մասին, որ խնամողները կարևոր դեր պետք է խաղան, պետք է ներկա գտնվեն և ամբողջությամբ ներգրավվեն այն հանդիպումներում, որոնց ընթացքում հաղորդվում է դեմենցիայի ախտորոշման մասին: Մի համակարգված ակնարկում նշվում էր, որ խնամողը երկակի դեր ունի (տեղեկատու և պաշտպան), և որ նրա ներկայությունը լրացուցիչ մարտահրավերներ է ստեղծում մասնագետի համար, ով պետք է բալանսավորի դեմենցիայով տառապող անձի և նրա խնամողի հաղորդակցության կարիքները: Մեկ այլ համակարգված ակնարկում նշվում է, որ խնամողը կարող է օժանդակել բուժաշխատողին՝ օգնելով հաղորդակցվել, և կարող է մտապահել ախտորոշման մանրամասները «բացահայտման հանդիպումից» հետո [63]: Որակական ուսումնասիրության մեջ նաև ընդգծվել է խնամողներին տեղեկատվության և կրթության տրամադրման անհրաժեշտությունը՝ նման հանդիպումներում ներգրավելու համար [64]:

Ապացույցները երկիմաստ էին առ այն, թե ով պետք է ապահովի ախտորոշումը: Խառը ուսումնասիրությունների համակարգված մեկ ակնարկ ի վիճակի չէրավ 52 ուսումնասիրություններից անել եզրակացություններ՝ ենթադրելով, որ մասնագետները, ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկները և ավելի լայն բազմամասնագիտական թիմը (MDT) կարող են ունենալ իրենց դերերը [63]: Մեկ որակական ուսումնասիրությունը ցույց է տվել,

որ խնամողները ցանկանում են, որ իրենց ուղղորդեն «հոգատար մասնագետները», սակայն եզրակացություններ չեն արել մասնագետի հարցում [64]: Մեկ այլ համակարգված ակնարկ պարզել է, որ դեմենցիայով տառապող անձը և խնամողն ունեն «առողջապահության մասնագետների հասանելիության կարիք, ովքեր տիրապետում են հիվանդության մասին գիտելիքներին և գրագետ ձևով արձագանքում են ախտորոշման բացահայտմանը, հստակ կերպով հայտնում թեստի արդյունքները», բայց և կրկին առանց եզրակացություններ անելու որևէ կոնկրետ առողջապահական մասնագետի վերաբերյալ: Ուստի, կարող են ներգրավված լինել մի շարք առողջապահական մասնագետներ, և նրանց գիտելիքներն ու կոմպետենտությունը կարող են ավելի կարևոր լինել, քան նրանց մասնագիտական դերը: Այնուամենայնիվ, ապացույցների բազայում բացակայում էր դեմենցիայով տառապող մարդկանց ներկայացվածությունը, ուստի նրանց նախապատվությունները հայտնի չեն:

Դեմենցիայի ոլորտում փորձ ունեցող առողջապահության ոլորտի մասնագետները, ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկները և ավելի լայն շրջանակի բազմամասնագիտական թիմը կարող են ներգրավվել դեմենցիայի ախտորոշման քննարկման և կատարման գործընթացում: Ներգրավված բոլոր առողջապահական մասնագետները պետք է կոմպետենտ լինեն քննարկելու դեմենցիայի ախտորոշումը և լինեն բանիմաց դեմենցիայի մասին:

Խնամողներին հարկավոր է խրախուսել մասնակցել և ներգրավվել դեմենցիայի ախտորոշման քննարկումներում որպես ակտիվ մասնակիցներ: Անհրաժեշտ է ճանաչել նրանց դերը դեմենցիայով տառապող անձին և բուժաշխատողին աջակցելու հարցում, ով նպաստում է հաղորդակցվելուն և քննարկումը վերհիշելուն:

Դեմենցիայի ախտորոշումը պետք է կատարվի համապատասխան որակավորում ունեցող մասնագետի կողմից, ում հասանելի կլինեն համապատասխան բազմամոդալ գնահատումների արդյունքներ՝ ներառյալ հարազատների մոտ կասկածվող դեմենցիայի մասին պատմությունները (օրինակ, ընտանիքի և խնամողների կողմից ախտանիշների խորացման մասին), ֆունկցիոնալ կարողությունների գնահատումը (աշխատաթերապիա, խոսքի և լեզվի միջոցով թերապիա, հոգեբանություն, կոնսուլտատիվ հոգեբուժություն, սոցիալական աշխատանքի գրառումներ և այլն) և ցանկացած հետազոտություն (օրինակ՝ գործիքային պատկերավորում):

Ե՞րբ պետք է կատարվի ախտորոշումը

Գոյություն ունեն որոշ ապացույցներ, ըստ որոնց՝ խնամողները ցանկանում են ստանալ ախտորոշման մասին տեղեկությունը վաղ փուլում: Մի համակարգված ակնարկ պարզել է, որ խնամողների 58%-ը (95% վստահության միջակայք (CI) 43% մինչև 72%) նախապատվությունը տվել է վաղ ախտորոշմանը (ապացուցված է ներառված 13 ուսումնասիրություններում), քանի որ դա կարող է օգնել հասկանալ վարքաին խնդիրները և ժամանակին ռեսուրսների հասանելիություն ստանալ [63]: Ամենավերջին համակարգված ակնարկը հայտնաբերել է երեք հետազոտություն, որոնցում հայտնվում էր, որ մասնակիցները համոզված էին, որ դեմենցիայի ախտորոշումը ժամանակավրեպ էր: Այնուամենայնիվ, այս ակնարկում ընդգրկված մեկ ուսումնասիրությունում ընդգծվել է բարեկեցությանը վնաս պատճառելու հնարավորությունը այն դեպքում, եթե ախտորոշումը բացահայտվեր, նախքան դեմենցիա ունեցող անձը ժամանակ կունենար ընկալելու իր հետ տեղի ունեցող փոփոխությունները:

Մեկ որակական ֆենոմենոլոգիական հետազոտություն, որում ներգրավվել էին 12 խնամողներ, բացահայտեց, որ թուլամտության ախտորոշմանը հաճախ ուղեկցում է թեթևացման զգացումը: Սա համահունչ է այն մտքին, որ վաղ ախտորոշումը ցանկալի և ողջունելի է:

Հնարավոր չէ հստակ եզրակացություններ անել թուլամտություն ունեցող անձանց կամ առողջապահական մասնագետների տեսանկյուններից՝ թուլամտության ախտորոշման ժամանակացույցի վերաբերյալ: Տարբեր մարդիկ կարող են ունենալ տարբեր պատկերացումներ, թե ինչն է համարվում «վաղ», և ինչն է «ուշացած» ախտորոշում:

Անհրաժեշտ է դիտարկել դեմենցիայի ախտորոշման վաղ քննարկումը, որը կօգնի ժամանակին ստանալ հասանելիություն աջակցության և ծառայությունների նկատմամբ:

Առողջապահական ոլորտի մասնագետները պետք է քննարկեն դեմենցիայի ախտորոշումը փուլային եղանակով, մեկից ավելի փուլերի ընթացքում կամ որպես շարունակական գործընթաց՝ թույլ տալով տեղեկատվության ըմբռնումը: Քննարկումների ժամկետները պետք է հարմարեցվեն դեմենցիա ունեցող անձի և նրա խնամողների կարիքներին:

Դեմենցիայի ախտորոշումը քննարկելիս հարկավոր է ցուցաբերել մարդակենտրոն մոտեցում, հաշվի առնելով՝

- Արդյո՞ք դեմենցիա ունեցող անձը բավականաչափ ըմբռնել է ախտորոշումը և ընդունել այն փոփոխությունները, որոնք տեղի են ունենում իր հետ:
- Որ ախտորոշման և տեղի ունեցող փոփոխությունների ընդունումը անհատական են:
- Անձի բարեկեցությունը, և որ այս քննարկումը կարող է վնասակար ազդեցություն ունենալ նրա վրա:

Չախտորոշված դեմենցիա ունեցող մարդիկ կարող են առաջին հերթին շփվել բուժաշխատողների հետ հիվանդության սրացումների կամ զառանցանքի հիման վրա հիվանդանոց ընդունվելիս: Ախտորոշումը չպետք է հետաձգվի, երբ այն կարող է կատարել փորձագետը բազմամոդալ գնահատումների և ընտանիքում հիվանդության առկայության մասին պատմության հիման վրա, նույնիսկ եթե առկա է հարակից զառանցանք:

Առողջապահության ոլորտի մասնագետները պետք է համոզվեն, որ ախտորոշումը հայտնելուց հետո, դեմենցիայի փուլից կամ տվյալ պահին գտնվելու վայրից անկախ, դեմենցիայով տառապող անձը և նրա խնամող(ներ)ը տեղեկացված կլինեն հետախտորոշիչ աջակցության և ծառայությունների տրամադրման մասին:

Ինչպե՞ս պետք է քննարկվի դեմենցիայի ախտորոշումը

Կլինիկական պրակտիկայում նախաախտորոշիչ խորհրդատվությունը կարող է սկսվել առաջնային բուժօգնության հաստատություն ուղեգրման պահից՝ բացատրելով անձին, որ ուղեգրումը նախատեսված է դեմենցիայի հետ կապված մտահոգությունների հետ:

Դատելով ապացույցներից՝ տեղեկատվության տրամադրումը կամ նախաախտորոշիչ խորհրդատվությունը (սահմանվում է որպես սեանս, որը տեղի է ունենում հանդիպումից առաջ՝ անձին դեմենցիայի ախտորոշման մասին տեղեկացնելու համար) կարող է օգտակար լինել դեմենցիա ունեցող մարդկանց և նրանց խնամողների համար: Մի խառը ուսումնասիրությունների համակարգված ակնարկ առաջարկում էր, որ հիշողության վիճակի գնահատման մասին տեղեկատվությունը կարելի է դարձնել ավելի լայնորեն հասանելի (օրինակ, ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների կաբինետներում և համայնքային վայրերում), որպեսզի մարդիկ տեղյակ լինեն, թե ինչ սպասել անձին դեմենցիայի ախտորոշման մասին տեղեկացնելու հանդիպումից: Նրանք հայտնեցին, որ ախտորոշման գործընթացը պետք է հնարավորություն ընձեռի արտահայտել համոզմունքները, ակնկալիքները և մոլորությունները, որ կարող են արտահայտվել դեմենցիա ունեցող մարդկանց կամ նրանց խնամողների կողմից, և առաջարկեցին դա իրականացնել նախաախտորոշիչ խորհրդատվության ընթացքում: Սա համընկնում էր մեկ այլ խառը ուսումնասիրությունների համակարգված ակնարկի հետ, որը մատնանշում էր դեմենցիայով տառապող անձի և նրա խնամողի կարիքը դեմենցիայի վերաբերյալ ուղեցույցներում ախտորոշում կատարելուց առաջ և դրանից հետո: Ակնարկը նաև ենթադրում է, որ դեմենցիայի ախտորոշման փուլային իրականացումը կարող է օգնել տեղեկատվության ընկալմանը, սակայն ներառված մեկ ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ մասնակիցների 55%-ը ցանկանում է ստանալ ամբողջ բացահայտումը միանգամից [63]:

Ապացույցները մատնանշեցին հստակության, զգայունության և կարեկցանքի անհրաժեշտությունը՝ դեմենցիայի ախտորոշման մասին հայտնելիս: Դիտորդական ուսումնասիրությունների համակարգված ակնարկը մի քանի էթիկական երկընտրանք առաջացրեց առողջապահության ոլորտի մասնագետների համար. ինչպե՞ս հավասարակշռել դեմենցիա ունեցող մարդկանց և խնամողների հաղորդակցման կարիքները, ինչպե՞ս ապահովել պարզություն՝ միաժամանակ մեղմացնելով դեմենցիայի ախտորոշման հուզական երանգները, և արդյո՞ք հարկավոր է նվազագույնի հասցնել, թե՞ ենթարկել մարդկանց դեմենցիայի փոխազդեցության դժվարություններին և թյուրիմացություններին/61/: Խառը ուսումնասիրությունների համակարգված ակնարկում զեկուցվել էր մի շարք արդյունքների մասին, որոնք կապված էին դեմենցիայի ախտորոշման քննարկումների բովանդակության հետ՝ ներառյալ դրական և հուսադրող, սակայն իրատեսական հաղորդագրությունների տրամադրումը, կանխատեսման և աջակցության աղբյուրների մասին տեղեկատվությունը, բարեկեցության մասին տեղեկությունները և այն մասին, թե ինչպես դեմենցիայով անձը կարող է շարունակել իր կյանքը, պահպանել իր սեփական «ես»-ը և ընդունել իր ինքնությունը, որպես դեմենցիա ունեցող անձ/63/: Այս ակնարկը նաև հակասական արդյունքներ է հաղորդում այն մասին, թե արդյոք պետք է բացահայտ կերպով օգտագործվեն «դեմենցիա» և «Ալցհեյմերի հիվանդություն» տերմինները, թե՞ կարող են տեղին լինել ավելի երկիմաստ արտահայտությունները [63]:

Ուսումնասիրությամբ պարզվել է, որ 65 տարեկանից փոքր և ախտորոշումից հետո 3 ամսվա ընթացքում դեմենցիա ունեցող մարդկանց մոտ ինքնասպանության ռիսկը 6,69 անգամ գերազանցում է ընդհանուր բնակչության մոտ գոյություն ունեցող ռիսկը (95% CI 1,49-ից մինչև 30,12) [66]:

Ընդհանուր պրակտիկայով զբաղվող բժիշկները կամ մասնագետները, որոնք կասկածվող դեմենցիա ունեցող անձին ուղղորդում են դեպի երկրորդական խնամքի

հաստատություն (օրինակ, հիշողության կլինիկա), պետք է հստակ տեղեկացնեն անձին, որ նա կարող է դեմենցիա ունենալ, որպեսզի տվյալ անձը պատրաստ լինի դեմենցիայի հնարավոր ախտորոշմանը:

Առողջապահական ոլորտի մասնագետները պետք է դիտարկեն դեմենցիա ունեցող մարդկանց և նրանց խնամողների համար տեղեկատվության կամ նախաախտորոշիչ խորհրդատվության (սխտ, որը տեղի է ունենում դեմենցիայի ախտորոշման մասին անձին տեղեկացնելու հանդիպումից առաջ) առաջարկումը հետևյալ նպատակներով՝

- քննարկել և անդրադառնալ դեմենցիայով տառապող մարդկանց և նրանց խնամողների համոզմունքներին, ակնկալիքներին և հնարավոր մոլորություններին,
- օգնել նրանց ավելի լավ ընկալել և հասկանալ իրենց տրամադրված տեղեկատվությունը:

Առողջապահական ոլորտի մասնագետները պետք է տեղյակ լինեն 65 տարեկանից ցածր տարիքում դեմենցիա ունեցող մարդկանց մոտ ախտորոշումից հետո 3 ամսվա ընթացքում ինքնասպանության բարձր ռիսկի մասին:

Գլուխ 4. Յետագա հետազոտությունները

Դեմենցիայի կասկածի դեպքում՝ նախնական կոգնիտիվ գնահատումից հետո, հաճախ անհրաժեշտ են հետագա հետազոտություններ՝ ախտորոշման հստակեցման, էթոլոգիայի որոշման և համակցված հիվանդությունների բացահայտման նպատակով:

Լրացուցիչ հետազոտությունները պետք է դիտարկել այն դեպքում, եթե՝

- դրանք կարող են նպաստել դեմենցիայի ենթատիպի ախտորոշմանը,
- ենթատիպի մասին հավելյալ տեղեկությունը կարող է փոխել հիվանդի հետագա բուժման կամ խնամքի ընթացքը:

Ալցհեյմերի հիվանդության ախտորոշում

Ալցհայմերի հիվանդության դեպքերի մեծ մասում ախտորոշումն իրականացվում է կլինիկական ախտանշանների հիման վրա: Ալցհայմերային թուլամտության «ուկե ստանդարտ» ախտորոշումն իրականացվում է այն ժամանակ, երբ կոգնիտիվ խանգարումների ախտանշաններով մարդկանց մոտ հաստատվում են հիվանդությանը բնորոշ նյարդաբանական-հիստոլոգիական փոփոխությունները [67]:

Ալցհայմերի հիվանդության կլինիկական ախտորոշման չափանիշները, որոնք մշակվել են նյարդաբանական և հաղորդակցական խանգարումների ազգային ինստիտուտի և Ալցհեյմերի հիվանդության ու հարակից խանգարումների ասոցիացիայի (NINCDS-ADRDA) կողմից [68], ցույց են տալիս բարձր զգայունություն (98 %), սակայն համեմատաբար ցածր սպեցիֆիկություն (69 %)՝ նյարդաբանական պաթոլոգիայի հաստատման համեմատությամբ [69]:

Պոզիտրոն-Էմիսիոն տոմոգրաֆիան (PET)

Պոզիտրոն-Էմիսիոն տոմոգրաֆիան (ՊԵՏ) ֆունկցիոնալ պատկերային հետազոտության մեթոդ է, որը կիրառվում է ռադիոակտիվ նյութերի՝ ռադիոտրեյսերների միջոցով նյութափոխանակության գործընթացներում և այլ ֆիզիոլոգիական ակտիվությունների (ներառյալ արյան հոսքի) փոփոխությունները տեսանելի դարձնելու համար [70]: Այն լիզանդը, որն ունի հատուկ թիրախի հետ կապվելու կամ յուրացվելու հատկություն, նշվում է ռադիոիզոտոպով՝ պատկերներ ստանալու նպատակով:

Ֆտորդեօքսիգլյուկոզով (FDG) ՊԵՏ-ը, որը օգտագործում է գլյուկոզ յուրացնող բջիջների կողմից կլանվող թրեյսեր, արդեն հաստատված է որպես մեթոդ՝ դեմենցիայի ախտորոշման համար [22]:

Ամիլոիդային ՊԵՏ-ը (aPET) օգտագործում է լիզանդ, որը ընտրողաբար կապվում է ամիլոիդային թիթեղակների (plaques) հետ: Ներկայումս կան երեք լիցենզավորված 18F - նշված aPET թրեյսերներ՝ 18F-Florbetaben (Neuraceq™), 18F-Florbetapir (Amyvid™), 18F-Flutemetamol (Vizamyl™): Amyloid Imaging Task Force-ի 2013 թվականի զեկույցը առաջարկում է կիրառելիության համապատասխան չափանիշներ ընտրված հիվանդների համար, ներառյալ՝ թեթև կոգնիտիվ խանգարում (MCI), ատիպիկ Ալցհեյմերի հիվանդություն, կասկածվող խառը դեմենցիա, վաղ սկիզբ ունեցող դեմենցիա [71]:

Կան նաև տաուպին-հատուկ PET լիգանդներ, որոնք թույլ են տալիս կապել և պատկերավորել տաու սպիտակուլցները գլխուղեղում: Այստեղ չի դիտարկվում տաու PET-ը:

Ապացույցների բազայի մեկնաբանում

Նկարագրական ակնարկներն ընդգծում են այն դժվարությունները, որոնք առաջանում են Ալցհեյմերի հիվանդության համար aPET-ի ապացույցների բազայի մշակման և համակարգման ընթացքում [71, 72]:

- Թեև aPET դրական արդյունքները կարող են լավ համապատասխանել ուղեղում առկա ամիլոիդային պաթոլոգիային, ամիլոիդային պաթոլոգիան ինքը դեռևս չի նշանակում Ալցհեյմերի տիպի թուլամտություն:
- Ուսումնասիրության պոպուլյացիաները տարբեր են՝ տարիքի, թուլամտության փուլերի և ուղեկցող հիվանդությունների առումով: Ուսումնասիրությունները հաճախ խառնվում են տարիքային գործոնի պատճառով, քանի որ 60-ից բարձր տարիք ունեցող ճանաչողապես առողջ մարդկանց մոտ 20–40%-ը կարող է ունենալ բարձր մակարդակի ամիլոիդ, ինչը կարող է թեստի արդյունքների սխալ մեկնաբանման հանգեցնել:
- Օգտագործվում են բազմազան հետազոտական և առևտրային նպատակներով ստեղծված թրեյսերներ (ռադիոմարքեր):
- Պատկերների մշակման և վերլուծության մեթոդները ստանդարտացված չեն: Գրականության մեջ հանդիպում են թե՛ վիզուալ, թե՛ քանակական տարբեր մեթոդներ:
- Չղման ստանդարտները և դրանց կիրառման ձևերը տարբերվում են ուսումնասիրություններից ուսումնասիրություն: «Ոսկե ստանդարտ» համարվող Նյարդապաթոլոգիական ախտորոշումը հազվադեպ է կիրառվում, քանի որ հետմահու ուսումնասիրությունները կատարվում են կյանքի վերջնափուլում, ինչը կարող է առավել շատ ներկայացնել հիվանդության ամենածանր դեպքերը:
- Ուսումնասիրություններում դիտարկվում են տարբեր արդյունքներ, ներառյալ՝ ախտորոշման ճշգրտությունը, կլինիկական օգտակարությունը և հիվանդության առաջընթացի կանխատեսման կարողությունը:

aPET և FDG-PET համեմատությունը

Ախտորոշիչ ճշգրտության ուսումնասիրության (n=101) համար դեմենցիայի հետմահու Նյարդապաթոլոգիական ախտորոշման նպատակով կյանքի ընթացքում առկա եղած aPET-ը (օգտագործելով հետազոտական 11C-Pittsburgh միացություն B (PIB) լիգանդը) համեմատվել է նախամահվան FDG-PET-ի հետ: Մասնակիցները հավաքագրվել են հիշողության հետազոտման ակադեմիական կենտրոններից, և շեշտը դրվել է վաղ ի հայտ եկած դեմենցիայի վրա (միջին տարիքը՝ 67,2 տարեկան): Սքանավորումից մինչև դիահերձում ժամանակահատվածը կազմել է 4,4 տարի: Դիահերձմամբ պարզվել է, որ 32 մասնակից ունեին Ալցհեյմերի առաջնային հիվանդություն, 56-ը՝ Ալցհեյմերի հիվանդության հետ կապ չունցող պաթոլոգիա, իսկ 13-ը՝ խառը Ալցհեյմերի հիվանդություն/ճակատաքունքային բլթի դեգեներացիա: Թե՛ aPET-ը, թե՛ FDG-PET-ն ցուցադրել են Ալցհեյմերի հիվանդության ժամանակ Նյարդապաթոլոգիական փոփոխության (ADNC) կանխատեսման բարձր ճշգրտություն: միջանկյալից մինչև բարձր

մակարդակի (զգայունություն 96% (95% CI 89% մինչև 100%) ընդդեմ 80% (95% CI 68% մինչև 92%), կոնկրետությունը՝ 86% (95% CI 76% մինչև 95%) ընդդեմ 84% (95% CI 74% մինչև 93%): Ամիլոիդային PET-ն ուներ վիճակագրորեն էականորեն ավելի լավ զգայունություն, քան FDG-PET-ը՝ միջինից-բարձր ADNC-ի հայտնաբերման համար: Բացակայում էր եղանակների կոնկրետության միջև առանձնահատուկ տարբերությունը: Երբ երկու սկանավորումները համընկնում էին, զգայունությունը ԱՅ պաթոլոգիան որոշելու համար կազմում էր 97%, իսկ կոնկրետությունը 98% էր: 24 մասնակիցներից 9-ը, որոնք ունեցել են սքանավորման անհամապատասխան արդյունքներ, ունեցել են Ալցհեյմերի հիվանդության հետ կապ չունեցող պաթոլոգիա [60]:

Տվյալների բազայի մոդելավորման ուսումնասիրությունը, որում մասնակցում էին Ալցհեյմերի հիվանդության նեյրոպատկերման նախաձեռնության (ADNI) տվյալների բազայի մասնակիցները (n=319, միջին տարիքը 72–73 տարեկան) ուսումնասիրեց 18F-florbetapir-ի և 18F-FDG-PET-ի կանխատեսող արժեքը MCI ունեցող մարդկանց մոտ՝ Ալցհեյմերի հիվանդության վերաժվելու համար: FDG-PET-ի կանխատեսող արժեքը ավելի բարձր էր, քան aPET-ը: Կանխատեսման լավագույն ճշտությունը ձեռք է բերվել՝ համակցելով երկու սքանավորումները ոչ պատկերային փոփոխականների հետ, ներառյալ բարձր ռիսկային ապոլիպոպրոտեին E-ն և MMSE-ն [73]:

Ամիլոիդային PET-ը՝ Ալցհեյմերի հիվանդության և թեթև կոգնիտիվ խանգարման միջև տարբերակման համար

Մետա-վերլուծությամբ համակարգված ակնարկը ցույց է տվել, որ aPET-ի կշռված զգայունությունն ու առանձնահատկությունները տարբերվում են Ալցհայմերի հիվանդությամբ հիվանդների մոտ վերահսկվող խմբի առողջ անձանցից: F-florbetapir-ի համար դրանք համապատասխանաբար կազմել են 89.6% (95% CI 84.2% մինչև 93.6%) և 87.2% (95% CI 81.7% մինչև 91.6%) (յոթ հետազոտություն, n= 181): F-florbetaben-ի համախմբված կշռված զգայունությունը կազմել է 89.3% (95% CI 82.7% մինչև 94.0%), իսկ առանձնահատկությունը՝ 87.6% (95% CI 80.4% մինչև 92.9%) (չորս ուսումնասիրություն, n=131): Մետա-վերլուծությամբ համակարգված ակնարկը ցույց է տվել, որ aPET-ի կշռված զգայունությունն ու առանձնահատկությունները տարբերվում են Ալցհայմերի հիվանդությամբ անձանց մոտ վերահսկվող խմբի առողջ անձանցից: F-florbetapir-ի համար դրանք համապատասխանաբար կազմել են 89.6% (95% CI 84.2% մինչև 93.6%) և 87.2% (95% CI 81.7% մինչև 91.6%) (յոթ հետազոտություն, n= 181): F-florbetaben-ի համախմբված կշռված զգայունությունը կազմել է 89.3% (95% CI 82.7% մինչև 94.0%), իսկ առանձնահատկությունը՝ 87.6% (95% CI 80.4% մինչև 92.9%) (չորս ուսումնասիրություն, n=131): Հնարավոր չէր իրականացնել ֆյուլտեմետամոլի ուսումնասիրությունների մետա-վերլուծությունը: Վերլուծության մեջ կատարված ուսումնասիրությունների մեծ մասը եղել են դեպքերի վերահսկման ուսումնասիրություններ: Հավաքագրվել են մասնակիցներ (n=49, 39 Ալցհայմերի հիվանդություն, 10 նորմալ կոգնիտիվ կարգավիճակ) վեց ամսից պակաս կյանքի տևողության ակնկալիքով: Ալցհայմերի հիվանդությամբ տառապող մասնակիցներին առողջ վերահսկիչներից տարբերելու զգայունությունը և առանձնահատկությունը կազմել է համապատասխանաբար 97,4% և 100% [74]:

Համընկնող համակարգված ակնարկը ուսումնասիրել և համեմատել է Ալցհայմերի հիվանդության երեք 18F թրեյսերների ախտորոշիչ ճշգրտությունը, որտեղ ուսումնասիրվող պոպուլյացիաները ներառում էին Ալցհայմերի հիվանդություն, MCI ունեցող հիվանդների և կոգնիտիվ առումով նորմալ անհատների: Մետա-վերլուծությունը

ցույց տվեց, որ թրեյսերների ճշգրտության մեջ զգալի տարբերություններ չկան: Սակայն այն ընդգծել է հետևյալը.

- Հատկապես բարձր սպեցիֆիկություն նկատվել է Ալցհայմերի հիվանդություն ունեցող անձանց տարբերակման դեպքում՝ կոգնիտիվ առումով առողջ մարդկանցից:
- Ալցհայմերի հիվանդությունն ու MCI-ն տարբերակելիս թրեյսերների հատուկությունն ավելի ցածր է եղել [75]:

Ամիլոիդ PET-ի կիրառումը Ալցհայմերի հիվանդությունը այլ թուլամտության ձևերից տարբերակելու համար

18F-պիտակավորված PET թրեյսերների օգտագործման համակարգված ակնարկը ընդգծել է երկու ուսումնասիրություն, որոնք դիտարկում էին ախտորոշիչ ճշգրտությունը Ալցհայմերի հիվանդությունն այլ՝ ոչ Ալցհայմերյան թուլամտություններից տարբերակելու համար: Առաջին ուսումնասիրության մեջ (n=107), կլինիկական դատողությամբ որպես էտալոնային ստանդարտ, ԱՅ-ի և ոչ-ԱՅ-ի միջև տարբերելու զգայունությունն ու առանձնահատկությունը ցածր էին (61.6% և 57.1% համապատասխանաբար): Հետազոտության արտաքին վավերականության (external validity) գնահատումը սահմանափակ էր, քանի որ հետազոտության մասնակիցների վերաբերյալ մանրամասն տեղեկատվություն չէր տրամադրվել: Երկրորդ ուսումնասիրությունը (n=109) արձանագրել է բարձր զգայունություն Ալցհայմերի հիվանդության (n=30) և ճակատաքունքային բլթային դեգեներացիայի (n=11), Լյուի մարմնիկներով դեմենցիայի (n=7), անոթային դեմենցիայի (n=4) և Պարկինսոնի հիվանդության (n=5) միջև տարբերակելու համար: Չզգայունությունը բոլոր խմբերի համար կազմել է 96.7%, իսկ առանձնահատկությունը տատանվել է 71.4%-ից մինչև 100%: Հնարավոր եզրակացությունները սահմանափակվում են ուսումնասիրությունների փոքր թվերով [74]:

Ամիլոիդային PET-ի կլինիկական կիրառելիությունը

Համակարգված ակնարկը, որն ուսումնասիրում է aPET-ի կլինիկական օգտակարության հետազոտությունների արդյունքները, բացահայտեց 32 ուսումնասիրություն (ներառյալ արձանագրությունները), որոնք հրատարակվել էին 2012-ից 2020 թվականներին: Զսանհինգ հետազոտություն (78%) ուսումնասիրել է ախտորոշման վրա դրա ազդեցությունը՝ ներառյալ ախտորոշման փոփոխությունը և ախտորոշման արժանահավատությունը: Տասնյոթ ուսումնասիրություններում (53%) զեկուցվել է հիվանդների կառավարման ընթացակարգերում փոփոխությունների մասին՝ ներառյալ դեղորայքի փոփոխությունը, լրացուցիչ հետազոտությունները, ուղեգրումը դեպի խորհրդատվություն կամ կլինիկական փորձարկումներ: Ընդամենը մի քանի ուսումնասիրություններ են դիտարկել կլինիկական կողմնորոշում ունեցող այս արդյունքներից այն կողմ, այսինքն՝ հիվանդի և խնամակալի վրա կողմնորոշված արդյունքները, ինչպիսիք են անհանգստությունը, կյանքի որակը և վիճակի հաղթահարումը [76]:

Գրականության որոնմամբ [77] հայտնաբերվել են պատշաճ կերպով անցկացված համակարգված ակնարկներ, aPET-ի կլինիկական օգտակարության վերաբերյալ ուսումնասիրություններ, որտեղ հասանելի էին կոգնիտիվ գանգատներով ուսումնասիրության մասնակիցների համար և՛ մինչև aPET աշխատանքային ախտորոշումը, և՛ հետ-aPET վերջնական ախտորոշումը: Յոթ ուսումնասիրությունների

ընթացքում (n=1,142), 31.3% (n=357) դեպքերում ախտորոշումը փոխվել է aPET սքանավորման տեղեկատվության պատճառով: Այն դեպքում, երբ նախասքանավորման ախտորոշումը եղել է ոչ Ալցհեյմերի հիվանդություն (n=338), եղել է 135 բուժառու, ովքեր ունեցել են դրական aPET սքանավորում, որոնցից 100-ի (74.1%) ախտորոշումը փոխվել է դեպի Ալցհեյմերի հիվանդության:

Ենթախմբի վերլուծության մեջ, aPET-ի օգտագործումը հանգեցրել է հիվանդների վարման փոփոխության սկանավորվածների 72,2%-ի մոտ, որտեղ արդյունքները հասանելի են եղել անմիջապես (երեք ուսումնասիրություն, n=740)՝ համեմատած վերահսկվող խմբի դեպքերի 55,5%-ի հետ (հետաձգված սքանավորման արդյունքներ, մեկ ուսումնասիրություն, n=299): Համապատասխան օգտագործման չափանիշներին բավարարող հիվանդների ենթախմբում (երկու ուսումնասիրություն, n=211) նկատվել է բուժառուների վարման փոփոխություն 41.4%-ով:

Ախտորոշման արժանահավատությունը գնահատվել է մի շարք ձևերով և որպես սուբյեկտիվ միջոց կախված է եղել կլինիկական փորձաքննությունից: Վեց ուսումնասիրությունների ընթացքում (n=725) համակարգված ակնարկը գնահատել է, որ aPET-ն ընդհանուր առմամբ բարձրացրել է ախտորոշիչ արժանահավատությունը/որոշակիությունը միջինը 12,7% +/- 35%՝ բացասական aPET դեպքերի հետ կապված արժանահավատությանը նվազմամբ [77]:

Համակարգված ակնարկից հետո հրապարակված մի քանի լրացուցիչ երկարատև ուսումնասիրություններից յուրաքանչյուրը հայտնաբերել է փոփոխություններ ախտորոշման, ախտորոշման ճշգրտության և/կամ հիվանդի վարման մեջ [78-82]: Մեկ ուսումնասիրություն Մեծ Բրիտանիայից էր: Այս հետահայաց մեկանգամյա ուսումնասիրությունը հետազոտել է aPET-ի օգտակարությունը 18F-florbetapir-ի հետ երրորդական ուղղորդման կլինիկա այցելող հիվանդների համար: Հետազոտված 100 հիվանդներից, որոնցից շատերը դասակարգվել են որպես դեմենցիայի վաղաժամ առաջացում և/կամ ատիպիկ կլինիկական հատկանիշներով դեմենցիա, aPET-ը դրական է եղել 49 հիվանդի մոտ և հանգեցրել է ախտորոշման փոփոխության, 30 դեպքերում վարման փոփոխության, 42 դեպքերում՝ ներառյալ դեղորայքի ավելացումը կամ կլինիկական փորձարկումներում ընդգրկումը [83]:

Ամփոփոյալին PET-ի օգտագործման մասին դիտարկումները

Ամփոփոյալին PET-ը չի ներառում ողնուղեղային պունկցիա՝ մի պրոցեդուրա, որը շատերը ընդունելի չեն համարում, ինչը կարող է այն ավելի նախընտրելի դարձնել ողնուղեղային հեղուկի կենսամարկերների օգտագործման համեմատ:

Ամփոփոյալին PET-ը ներառում է ճառագայթային սկանավորում: Թեև գոյություն ունի համաձայնություն այն մասին, որ ճառագայթման ազդեցությունը վնասակար է, քանզի կրկնվող կամ կուտակված ազդեցությունը կապված է այնպիսի վնասակար հետևանքների հետ, ինչպիսին քաղցկեղն է, այդ իմաստով բացակայում է համաձայնեցված սահմանափակումը: Ընդհանուր համաձայնությունն այն է, որ ճառագայթման ցանկացած ազդեցություն ենթադրում է հնարավոր վնասներ: ՀՏ-ն և միջուկային բժշկության բոլոր պատկերավորումները ենթակա են իոնացնող ճառագայթման բժշկական ազդեցության կանոնակարգերի՝ IR(ME)R [84]: Առողջապահության հետ կապված ազդեցությունների մեծ մասն աշխատում է ALARA-ի սկզբունքով (այնքան ցածր, որքան ողջամտորեն հասանելի է):

Դոզանները կենտրոնների և սքաներների միջև փոփոխական են: Իոնացնող ճառագայթման դոզան չափվում է միլի Չիվերտով (mSv): Ռադիոակտիվ կյուրերի գծով խորհրդատվական կոմիտեի (ARSAC) ուղեցույցը (2022թ հունվար) տրամադրել է հետևյալ արդյունավետ դոզանների թիրախային արժեքները համապատասխան սկանավորման համար. դոպամինի փոխադրող միաֆոտոտոնային էմիսիոն համակարգչային տոմոգրաֆիա (DaT) SPECT 4.6 mSv, պերֆուզիոն SPECT 5.8 mSv, FDG-PET 4.8 mSv, aPET 5.8–6.9 mSv, ուղեղի ՅՏ մոտ 2 mSv: Այս տվյալները համատեքստի մեջ տեղադրելու համար Միացյալ Թագավորության բնակիչները տարեկան կտրվածքով միջինում ենթարկվում են մոտ 2,7 mSv ֆոնային ճառագայթման ազդեցության [85]:

Նախքան ծառայության պահանջումը, կասկածվող դեմենցիայով անձանց երիտասարդների հետ անհրաժեշտ է անցկացնել կարճ քննարկում սքանավորման օգուտների և հնարավոր վնասների մասին: ՄՌՏ-ն չի ենթադրում ճառագայթում, բայց ունի այլ պոտենցիալ հակացուցումներ, օրինակ, եթե մարդն ունի ՄՌՏ-ի հետ ոչ համատեղելի կարդիոստիմուլացնող սարք: Անհրաժեշտ է հետևել տեղական կլինիկական ուղեցույցին:

Հայտնաբերվել է aPET-ի վերաբերյալ միայն մեկ տևտեսական վերլուծություն, որը ցույց է տվել, որ ֆրանսիական առողջապահական համակարգում aPET-ը ծախսարդյունավետ էր ստանդարտ ախտորոշիչ գնահատման և ողնուղեղային հեղուկի կենսամարկերների հետ համեմատ: Ամիլոյիդային PET-ի տրամադրումն ավելի թանկ է, սակայն արդյունքում ապահովեց ավելի մեծ թվով որակով ապրած կյանքի տարիներ (QALY): Ախտորոշումից հետո հիվանդների կոհորտը ստացել է ուղեկցում 10 տարվա ընթացքում՝ բացահայտելու համար ավելի վաղ ախտորոշման ավելի երկարաժամկետ օգուտները [86]:

Ուղեղ-ողնուղեղային հեղուկի (CSF) բիոմարկերներ

Ուղեղ-ողնուղեղային հեղուկի (CSF) բիոմարկերները կարող են օգնել Ալցհայմերի հիվանդության ախտորոշմանը: Դրանք են՝ ամիլոյիդ բետա 1–40 և 1–42 (Aβ40, Aβ42), ընդհանուր թաու (T-tau) և ֆոսֆորիլացված թաու (P-tau): «Ստացված CSF բիոմարկեր» տերմինը օգտագործվում է Aβ42 և/կամ Aβ40-ի համակցման համար T-tau-ի կամ P-tau-ի հետ: CSF ամիլոյիդ բիոմարկերների (Aβ42, Aβ40) նվազումը և թաու բիոմարկերների (T-tau, P-tau) բարձրացումը վկայում են Ալցհայմերի հիվանդության մասին: Ներկայումս բացակայում են CSF բիոմարկերներ դեմենցիայի այլ ենթատեսակների համար [87]:

Ապացույցների բազայի մեկնաբանումը

Ալցհայմերի հիվանդության ախտորոշման ժամանակ բիոմարկերների ախտորոշիչ արժեքի վերաբերյալ ապացույցների մեկնաբանումը բարդ է: Տարասեռ ուսումնասիրությունները և մետավերլուծությունները տարբերվում են CSF-ի թեստավորման մեթոդաբանության և բովանդակության իմաստով, ոչ նորմալ արդյունքները որոշելու համար օգտագործվող էտալոնային արժեքների միջակայքերով, մասնակիցների տարիքով, ուղեկցման տևողությամբ և որակով, նյարդապաթոլոգիական գնահատմամբ, ինչը դժվարացնում է համեմատությունը [75]:

Կլինիկական ուսումնասիրություններում CSF կենսամարկերների ախտորոշման ճշգրտությունը գնահատելիս ախտորոշման նյարդապաթոլոգիական հաստատումը կարևոր է վերահսկվող խմբի մասնակիցների մոտ Ալցհայմերի դեմենցիայի պաթոլոգիայի

մակարդակը հաստատելու համար կամ որպես համապարօլոգիա այն անձանց մոտ, ովքեր կլինիկորեն ախտորոշվել են ոչ Ալցհայմերի դեմենցիայով [88, 89]:

Տարիքը նույնպես նշանակություն ունի, քանի որ 80 տարեկանից բարձր ասիմպտոմատիկ մարդկանց 20-40%-ի պաթանատոմիական հետազոտությունները (կախված օգտագործված կլինիկական չափանիշներից) ցույց են տալիս Ալցհայմերի հիվանդության նյարդապարօլոգիա/90-92/: CSF A β /tau-ի ոչ նորմալ արդյունքների նմանատիպ հարաբերակցությունները նկատվում են այս տարիքի ասիմպտոմատիկ մարդկանց մոտ [75, 88]:

Ուղեղ-ողնուղեղային հեղուկի (CSF) հաստատված բիոմարկերներ՝ Ալցհայմերի հիվանդությունը այլ տեսակի դեմենցիաներից տարբերակման համար

Քոքրեյնի մետավերլուծությունը ուսումնասիրել է CSF A β 42-ի ճշգրտությունը Ալցհայմերի հիվանդությունը դեմենցիայի այլ ենթատեսակներից տարբերելու հարցում [93]: 13 ուսումնասիրություններից (n=1704) համախմբված զգայունությունը կազմել է 79% (95% CI 0,73-ից մինչև 0,85), իսկ համախմբված առանձնահատկությունը՝ 60% (95% CI 0,52-ից մինչև 0,67): Ալցհայմերի հիվանդությունը անոթային դեմենցիայից տարբերելու համար 11 ուսումնասիրությունների համախմբված տվյալները (n=1151) ներկայացրել են 79% զգայունություն (95% CI 0,75-ից մինչև 0,83) և 69% առանձնահատկություն (95% CI 0,55-ից մինչև 0,81): Ալցհայմերի հիվանդությունը ճակատաքունքային դեմենցիայից տարբերելու համար համապատասխան տվյալներում (17 հետազոտություն, n=1948) զգայունությունը կազմել է 85% (95% CI 0,79-ից մինչև 0,89), իսկ առանձնահատկությունը՝ 72% (95% CI 0,55-ից մինչև 0,84): Իսկ Ալցհայմերի հիվանդությունը Լյուի մարմնիկներով դեմենցիայից տարբերելու համար (9 ուսումնասիրություն, n=1,929) զգայունությունը կազմել է 77% (95% CI 0,70-ից մինչև 0,83), իսկ առանձնահատկությունը՝ 66% (95% CI 0,51-ից մինչև 0,78): Հեղինակները եկան եզրակացության, որ CSF A β 42-ն ինքնուրույն չպետք է օգտագործվի Ալցհեամերի դեմենցիայի և ոչ Ալցհայմերի դեմենցիայի միջև տարբերակում մտցնելու համար:

Կլինիկական պրակտիկայում մարդիկ կարող են ունենալ ավելի քիչ սահմանված կլինիկական ֆենոտիպեր:

CSF-ի կենսամարկերների ախտորոշիչ ցուցանիշների վերաբերյալ համակարգված ակնարկը և մետավերլուծությունը հայտնաբերել է, որ Ալցհայմերի հիվանդությամբ անձանց և կոգնիտիվ իմաստով առողջ վերահսկվող խմբի մասնակիցների մոտ CSF T-tau կենսամարկերի համախմբված հարաբերակցությունը կազմել է 2.54 (95% CI 2.44-ից մինչև 2.601, p<010 (15 ուսումնասիրություն, n=18427)), CSF P-tau-ի համար (89 ուսումնասիրություն, n=12,624) համախմբված հարաբերակցությունը կազմել է 1,88 (95% CI 1,79-ից մինչև 1,97, p<0,0001), իսկ CSF A β 42-ի համար (131 ուսումնասիրություն, n=16,790) համախմբված հարաբերակցությունը կազմել է 0,56 (95% CI 0,55-ից մինչև 0,58, p<0,0001): Նմանատիպ արդյունքներ էին ստացվել CSF-ի այս կենսամարկերների համար՝ Ալցհայմերի հիվանդության պատճառով MCI ունեցող անձանց և կայուն MCI ունեցող անձանց (հիվանդության ուղեկցում 2 տարվա ընթացքում) տարբերակելու համար: Այս արդյունքների՝ կլինիկական պրակտիկային համապատասխանությունը մեկնաբանելը դժվար է ուսումնասիրությունների ընթացքում օգտագործվող արժեքների Էտալոնային միջակայքերի տատանումների պատճառով: Հետազոտության հեղինակները եկել են այն եզրակացության, որ գոյություն ունի բիոմարկերների

հարաբերակցությունների բավարար հետևողականություն, որպեսզի դրանք օգտագործվեն պրակտիկայում տեղեկատվական նպատակներով:

Քոքրեյսի համակարգված ակնարկը դիտարկել է CSF T-tau և tau/A β հարաբերակցությունը Ալցհայմերի հիվանդության պայմանավորված երկրորդական և երրորդային խնամքի պայմաններում MCI ունեցող անձանց մոտ դեմենցիայի ախտորոշման համար: Օգտագործվել են Ալցհայմերի հիվանդության NINDS-ADRDԱ չափանիշները, և MCI-ն սահմանվել է՝ օգտագործելով Պետերսենի, Պետերսենի վերանայված և/կամ Մեթյուի չափանիշները: Չգայունությունը տատանվում էր 80%-ից 96%-ի սահմաններում, իսկ առանձնահատկությունը՝ 33%-95%-ի սահմաններում: Հնարավոր չի եղել համախմբել ուսումնասիրությունները՝ դեպքերի ընդհանուր ցածր թվի պատճառով (140): Հեղինակները եկել են այն եզրակացության, որ բիոմարկերներն ավելի արդյունավետ են եղել MCI ունեցող անձանց մոտ Ալցհայմերի հիվանդությունը բացառելու, քան այն կառավարելու համար:

Հաստատված CSF բիոմարկերները և ամիլոիդային PET արդյունքները

Մոդելավորող ուսումնասիրության մեջ, որը հիմնված է միջինում 72.1 տարեկան 377 մասնակիցների խաչաձև հետազոտություններից ստացված տվյալների վրա, ուսումնասիրվել է CSF բիոմարկերների հետագծերի փոփոխությունները որպես aPET թարմացման ծավալի ստանդարտացված հարաբերակցություն (SUVR) [90]: Ընդգրկվել է թեթև կոգնիտիվ խանգարումներով 135 մասնակից և 242 մասնակից առանց կոգնիտիվ խանգարումների: Մասնակիցներից ոչ մեկը չի ունեցել Ալցհայմերի հիվանդության ախտորոշում: Ուսումնասիրված պոպուլյացիայի քառասուն տոկոսը ունեցել է aPET դրական սքան: Մոդելում CSF մարկերների փոփոխությունները նախորդում էին ամիլոիդային ոչ նորմալ նստվածքին, որը չափվում էր aPET դրականությամբ:

Մեկ այլ խաչաձև ուսումնասիրության շրջանակներում (n=64, միջին տարիքը 66.3) դիտարկվել են ինչպես aPET-ի, այնպես էլ CSF բիոմարկերների տվյալները, ինչպես նաև կլինիկական ախտորոշումները այն անձանց մոտ, ովքեր անցնում են կոգնիտիվ գնահատների հետ կապված զննություններ [88]: Մասնակիցներից 41-ի կլինիկական ախտորոշումը եղել է ԱՀ A β 42-ը (անջատումը 706,5 pg/mL)՝ ունենալով ամենաուժեղ հարաբերակցությունը F-Flutemetamol PET-ի հայտնաբերման իմաստով, և այս անջատումը ուներ 87% զգայունություն և 88% առանձնահատկություն դրական aPET թեստի համար:

Հետագա ուսումնասիրությունը (n=136) դիտարկեց CSF բիոմարկերի և 11C-Pittsburgh միացության B (PIB) PET-ի արդյունքների միջև համապատասխանությունը [92]: Կլինիկական ախտորոշումները, որոնք չեն հայտնել բիոմարկերի և PET-ի արդյունքների մասին, հանդիսացել են թեթև կոգնիտիվ խանգարումներ (n=22), ոչ Ալցհայմերի դեմենցիա (n=34) և Ալցհայմերի դեմենցիա (n=64): Եղել են վերահսկվող խմբի 16 մասնակիցներ, ովքեր ունեին հիշողության հետ կապված սուբյեկտիվ գնահատներ, սակայն չունեին կոգնիտիվ, նյարդաբանական և հոգեբանական խանգարումներ: Հետազոտության բոլոր մասնակիցների մոտ նկատվել է 11C PIB PET-ի հայտնաբերման և A β 42-ի համընկնում $<550\text{ng/L}$ անջատման դեպքում կազմելով 84%: Ավելի լայն անջատման 640 նգ/լ դեպքում այն կազմում էր 90%, իսկ թաու բիոմարկերի տվյալների հետ համակցված՝ 89%: ԱՀ ունեցող անձանց համար 11C PIB PET-ի համապատասխանությունը A β 42 չափման հետ անջատման <640 նգ/լ կազմել է 92%, մինչդեռ վերահսկվող խմբի համար այն եղել է 75%:

Կենսամարկերների օգտագործման մասին դիտարկումներ

Ալցհայմերի ասոցիացիայի փորձագիտական խումբը [98] նշել է, որ CSF-ի թեստը պետք է կազմակերպվի դեմենցիայի գծով փորձագետների կողմից կլինիկական գնահատումից հետո՝ համապատասխան թեստային խորհրդատվություն, անվտանգության ստուգում և համաձայնության ստացման և համար:

CSF բիոմարկերի նմուշներ ստանալու համար պետք է կատարվի գոտկային պունկցիա: Չնայած նրան, որ սա ինվազիվ թեստ է, դրա ռիսկերը նվազագույն են, երբ այն իրականացվում է համապատասխան պատրաստվածություն ունեցող մասնագետի կողմից:

Հիշողության հետազոտման կլինիկայում գոտկատեղային պունկցիայի ելթարկվածների (n=3,456) հետազոտությունը ներառում էր անձանց, ովքեր ունեին MCI ախտորոշում (25.3%), Ալցհայմերի հիվանդություն (28.4%) և այլ տեսակի դեմենցիա (12.6%) [99]: Հաջողված պրոցեդուրաներից հետո գրանցված անբարեհաջող ազդեցությունները ներառում էին մեջքի ցավ (17%) և գլխացավ (19%): Մեկ այլ ուսումնասիրություն ցույց է տվել, որ կոգնիտիվ առումով առողջ մասնակիցների շրջանում երիտասարդները (միջին տարիքը 28 տարեկան) ունեցել են անբարեհաջող միջադեպերի իրադարձությունների մի փոքր ավելի բարձր մակարդակ (14,1%), քան ավագ վերահսկվող խմբի անդամները (12,5%, միջին տարիքը 73 տարեկան) [100]: Գոտկային պունկցիայի անվտանգության ավելի լայն դիտարկումը հաստատվեց այս արդյունքների հիման վրա [101]:

Եվրոպական միության (ԵՄ) Համատեղ ծրագրի՝ Նեյրոդեգեներատիվ հիվանդությունների հետազոտման (JPND) կոնսորցիումի համաձայնեցված ուղեցույցները ցույց են տվել հետազոտության, դեղերի վերանայման և պոտենցիալ պատկերավորման անհրաժեշտությունը, որը պետք է իրականացվի մինչև անվտանգ գոտկային պունկցիան [102]:

Առաջարկվող թեստերը

Եթե ախտորոշումն անորոշ է և գոյություն ունի Ալցհեյմերի հիվանդության կասկած, ապա դիտարկեք հետևյալ տարբերակներից որևէ մեկը՝

- FDG-PET (ֆտորդեօքսիգլյուկոզա-պոզիտրոնային էմիսիոն տոմոգրաֆիա-ՅՏ) կամ պերֆուզիոն SPECT (միաֆոտոնային էմիսիոն ՅՏ), եթե FDG-PET-ն անհասանելի է,

կամ՝

- ողնուղեղային հեղուկի հետազոտություն՝
 - ընդհանուր թաու կամ ընդհանուր թաու և ֆոսֆորիլացված-թաու 181, և
 - ամիլոիդային բետա 1–42 կամ ամիլոիդային բետա 1–42 և ամիլոիդային բետա 1–40:

Եթե այդ թեստերից մեկի արդյունքում հնարավոր չէ հաստատել ախտորոշումը, ապա դիտարկեք մյուս թեստի օգտագործումը:

Խորհուրդ չի տրվում օգտագործել ամիլոիդային PET-ը դեմենցիայի ախտորոշման կամ թեթև կոգնիտիվ խանգարումների ժամանակ՝

* Ամփոփոյային PET-ը կարող է դիտարկվել Ալցհեյմերի հիվանդության դեմեցիայի ախտորոշումը բարելավելու համար այն իրավիճակներում, որտեղ մասնագետի գնահատման և գլխուղեղի կառուցվածքային պատկերման արդյունքում դեռևս առկա է անորոշություն, օրինակ՝ ասիպիկ դրսևորումներով կամ երիտասարդ տարիքում/վաղաժամ դեմեցիա ունեցողների մոտ:

* Ամփոփո PET-ի կիրառման ցանկացած քննարկում պետք է հաջորդի թուլամտության մասնագետի կողմից իրականացված ամբողջական կլինիկական գնահատմանը, ինչպես նաև ճառագայթումից բխող հնարավոր ռիսկերի քննարկմանը:

* Կլինիկական գնահատումից հետո CSF-ի հաստատված բիոմարկերների փորձարկումը պետք է կազմակերպվի դեմեցիայի մասնագետների կողմից: Գոտկային պունկցիայի ռիսկերն ու օգուտները պետք է քննարկվեն հիվանդի հետ և պետք է կառավարվի ցանկացած տեսակի ռիսկ:

Բացակայում են բավարար ապացույցները արյան կամ CSF-ի այլ կենսամարկերների սովորական կլինիկական օգտագործման օգտին: Բազմաթիվ կենսամարկերներ կարող են լինել նաև ոչ սպեցիֆիկ՝ արտացոլելով հարակից հիվանդությունները, այլ ոչ թե կոնկրետ դեմեցիան:

Ճակատաքունքային դեմեցիայի ախտորոշում

Խորհուրդ է տրվում օգտագործել FDG-PET կամ պերֆուզիոն SPECT, եթե դեմեցիայի ենթատեսակն անորոշ է և գոյություն ունի ճակատաքունքային դեմեցիայի կասկած [22]: Մի բացառեք ճակատաքունքային դեմեցիան՝ հիմնվելով բացառապես կառուցվածքային, պերֆուզիայի կամ նյութափոխանակության պատկերավորման թեստերի արդյունքների վրա:

Անոթային դեմեցիայի ախտորոշում

Խորհուրդ է տրվում օգտագործել ՄՌՏ, եթե դեմեցիայի ենթատեսակն անորոշ է, և գոյություն ունի անոթային դեմեցիայի կասկած: Եթե ՄՌՏ-ն անհասանելի է կամ հակացուցված, ապա օգտագործեք ՉՏ [22]:

Պետք չէ ախտորոշել անոթային դեմեցիան՝ հիմնվելով բացառապես վնասվածքների ծանրության վրա: Պետք է նկատի ունենալ, որ վաղ սկսվող անոթային թուլամտությունը որոշ անձանց մոտ կարող է ունենալ գենետիկ պատճառ:

Լյուի մարմնիկներով դեմեցիայի ախտորոշում

Եթե ախտորոշումը անորոշ է, և կասկած կա ԼԼի մարմնիկներով դեմեցիայի առկայության, ապա խորհուրդ է տրվում կիրառել ¹²³I-FP-CIT SPECT/22/: Եթե ¹²³I-FP-CIT SPECT-ը հասանելի չէ, ապա կարելի է դիտարկել ¹²³I-MIBG սրտային սցինտիգրաֆիան: Այնուամենայնիվ, պետք չէ բացառել Լյուի մարմնիկներով դեմեցիան՝ հիմնվելով բացառապես վերը նշված հետազոտությունների նորմալ արդյունքների վրա:

Գենետիկական թեստավորման մասին նկատառումներ

Որոշ հիվանդների մոտ դեմենցիան կարող է պայմանավորված լինել միայն գենային խանգարումներով: Սա անհրաժեշտ է հաշվի առնել ճակատաքուլքային դեմենցիայով և վաղաժամ Ալցհայմերի հիվանդություն ունեցող անձանց դեպքում:

Սա կարող է նաև անհրաժեշտ լինի հաշվի առնել այն հիվանդների մոտ, ովքեր, ի լրումն դեմենցիայի, ունեն այնպիսի կլինիկական ախտանիշներ, ինչպիսիք են խորեան կամ շարժիչ նեյրոնների հիվանդությունը:

Գլուխ 5. Յետախտորոշիչ աջակցություն

Դեմենցիա ունեցող անձանց համար կարևոր է ավելի վաղ ախտորոշումը և հետախտորոշիչ ծառայություններից օգտվելու հնարավորությունը [104]:

Յետախտորոշիչ աջակցության նպատակն է գինել դեմենցիայով ապրող մարդկանց և նրանց խնամողներին այն գործիքներով, կապերով, ռեսուրսներով և պլաններով, որոնք անհրաժեշտ են նրանց հնարավորինս լավ ապրելու և ապագային պատրաստվելու համար:

Յետախտորոշիչ աջակցության փորձառությունները

Մեկ համակարգված ակնարկում նշվում էր, որ դեմենցիա ունեցող մարդիկ դժգոհ էին տրամադրված տեղեկատվության ծավալից [110]: Մեկ այլ համակարգված ակնարկում (n=46 ուսումնասիրություն) ընդգծվեց խնամողների կրթման անհրաժեշտությունը հիվանդության վերաբերյալ [111]: Յետախտորոշիչ աջակցության ծավալները տարբեր էին, և հազվադեպ էր հասցեագրվում մասնակիցների սոցիալական առողջության հարցը: Բուժումը հիմնականում կենտրոնացած էր դեղորայքի վրա, այլ ոչ թե սոցիալական առողջության, հիշողության, խոսքի հնարավորությունների զարգացման, հաղորդակցման դժվարությունների կրճատման կամ աշխատանքային թերապիայի հետ կապված մասնագիտական օգնության տրամադրման վրա [110]: Առողջապահական խնամքի և կազմակերպված աջակցության ծառայություններ որոնելու կամ դրանցում ներգրավվելու հետ կապված խնամողների փորձը նույնպես մեծապես տարբեր էր [108, 110, 112]:

Խառը արդյունքները կարելի է բացատրել ամբողջ աշխարհում կամ տարածաշրջանային մակարդակի առողջապահական խորհուրդների կողմից կիրառվող պրակտիկայի և ծառայությունների մատուցման տարբերությամբ: Այնուամենայնիվ, անբարեհաջող փորձ ունեցած մարդիկ նկարագրել են գոյություն ունեցող ծառայությունները որպես տարանջատված, մասնատված, կրկնօրինակված և իրենց կարիքներին չհամապատասխանող [108, 113]: Մեկ համակարգված ակնարկում արձանագրվեց, որ տեղեկատվության և աջակցության ստացման դժվարությունները հիմնականում պայմանավորված են ծառայությունների և հոգեւոցիալական աջակցության նկատմամբ խնամողների նախընտրության վատ համակարգմամբ, որոնք միշտ չէ, որ հասանելի են եղել [114]:

Դեմենցիայի նկատմամբ վերաբերմունքը և համոզմունքները

Համակարգված ակնարկը մատնանշեց, որ վերաբերմունքը և համոզմունքները ազդում են առողջապահական ծառայություններ ստացողների վարքագծի վրա, օրինակ՝ ինտերնատների և ժամանակավոր խնամքի տրամադրման հաստատությունների վերաբերյալ բացասական տեսակետները կապված են այս ծառայությունների չօգտագործման հետ: Յետևաբար, առաջարկվեց հիվանդության ընկալումը, մշակութային համոզմունքները, գիտելիքների պակասը, խարանձուկը ու հանրային ընդունումը պարունակող տեղեկատվությունը հասցեագրել հետախտորոշիչ աջակցության տրամադրման ժամանակ՝ ավելի արդյունավետ ընկալման համար [115]: Մեկ համակարգված ակնարկ առաջարկեց հանրային իրազեկման արշավների

իրականացման անհրաժեշտությունը դեմենցիայի, դեմենցիայի խնամքի և սոցիալական կառույցների վերաբերյալ, որոնք կարող են կանխակալ տեսակետ ունենալ խնամքի վերաբերյալ՝ նվազեցնելու համար սոցիալական խարանը և էականորեն ճանաչելու համար խնամողի դերը՝ առաջարկելով սոցիալական պատասխանատվություն, որը կներառի առողջապահության ոլորտի մասնագետներին և քաղաքականություն մշակողներին [116]:

Բուժառուի նկատմամբ խարանը հաճախ հանգեցնում է խուսափողական վարքի, ակտիվության նվազման, սոցիալական մեկուսացման՝ հատկապես հիվանդության խորացման փուլերում [110, 117-119]: Հուզական բարեկեցությունը, հիվանդության հետևանքները և խնամքի պարտավորությունը ցույց տվեցին, որ խնամք ստանալու հետ կապված խարանը կարող է տարբեր կերպ խանգարել մարդկանց օգնություն խնդրելուն: Օրինակ՝ որոշ մարդիկ խուսափում էին ընդունել, որ ունեն խնամքի կարիք, որպեսզի չենթարկվեն հանրային խարանի կամ ունենան ամոթի զգացում [115]:

Դեմենցիայի խարանն ավելի խորն է ընկալվում երիտասարդ տարիքում առաջացած դեմենցիա ունեցող մարդկանց շրջանում, քանզի նրանք կարող են պակաս պատրաստակամ լինել բացահայտելու իրենց ախտորոշումը, ինչը կարող է ազդել օգնություն փնտրելու նրանց վերաբերմունքի վրա [117, 118, 120, 121]: Ավելի մեծ խարան գոյություն ուներ նաև էթնիկ փոքրամասնությունների շրջանում [107]: Խնամողները նույնպես կարող են իրենց խարանված զգալ [121]:

Նշվում էր, որ դրական հաղորդակցությունը և վերաբերմունքը, որոնք համարվում են շատ կարևոր, հեշտացնում են բաց փոխհարաբերությունները, քանի որ խնամողների և դեմենցիա ունեցող մարդկանց միջև որոշ խնդիրները ներառում էին այդ փոխհարաբերություններին վերաբերող խարանը [111]: Սա նաև նկատվել է երիտասարդ տարիքում առաջացած դեմենցիա ունեցող մարդկանց և երիտասարդ խնամողների մոտ:

Ծառայություններ մատուցողները պետք է տրամադրեն հետախտորոշիչ աջակցություն, որը համակարգվում է ըստ ծառայությունների, բավարարում է դեմենցիա ունեցող անձանց և նրանց խնամողների կարիքները և նպաստում է նրանց ներգրավվածությանը ծառայություններում:

Ծառայություն մատուցողները պետք է հաշվի առնեն խնամողների նախապատվությունները՝ կապված հոգեւոցիալական աջակցության և կրթման հետ:

Ծառայություններ մատուցողները, առողջապահական և սոցիալական խնամք տրամադրողները պետք է հաշվի առնեն և հասցեագրեն խարանի հետ կապված հարցերը և այն, թե ինչպես են դեմենցիա ունեցող անձը և նրանց խնամողները վերաբերվում հիվանդությանը և խնամքի տարբերակներին՝ հիմնվելով նրանց գիտելիքների, փորձի և մշակութային համոզմունքների վրա՝ խրախուսելու համար առողջապահության ծառայությունների համար դիմելու վարքագիծը, խնամքի և ծառայությունների ընդունումը:

Հետախտորոշիչ աջակցությունը պետք է հասանելի լինի հիվանդության բոլոր փուլերում և խնամքի բոլոր միջավայրերում՝ դեմենցիա ունեցող անձի կամ նրա խնամողների կարիքներին համաձայն:

Մասնագետները պետք է տեղյակ լինեն դեմենցիայով տառապող անձանց և նրանց խնամողների միջև կարևոր հարաբերությունների և փոխկապակցված կարիքների

մասին և պետք է դիտարկեն՝ արդյոք այդ հարաբերությունները դրական են, աջակցող և փոխադարձաբար արդարացի:

Դեմենցիայի փուլերին վերաբերող աջակցության ժամանակին տրամադրում

Դեմենցիայով անձի կարիքները	Խնամողի կարիքները	Դեմենցիայով անձ-խնամող հարաբերություններ ունեց բխող կարիքներ
Սնկախության պահպանում	Ջոզեկրթական (կրթում և հմտություններ)	Տեղեկությունների տրամադրում
Լինել օգտակար և գրադվել իմաստավոր գործունեությամբ	Աջակցություն և գործընկերոջից	Կրթում հիվանդության մասին
Նորմալության պահպանում	Չաղթահարման ռազմավարություններ	Տնային աջակցություն
Վարքագծի կառավարում	Չաղորդակցային աջակցություն	Նախահարձակ խնամքի ապահովում
Կոգնիտիվ աջակցություն	Խնամողի կարողությունների գնահատում	Իրավաբանական աջակցություն (խնամակալություն)



Դեմենցիայով անձի կարիքները

Դեմենցիայով տառապող անձի հատուկ կարիքները ներառում են գործողություններ առօրյա կյանքում աջակցելու ուղղությամբ (ADL), համայնքում իրենց «նորմալ կյանքի» պահպանումը, բովանդակալից գործունեությունը, տրամադրության փոփոխությունների, սթրեսի և անհանգստության կառավարումը, վարքի կառավարումը, կոգնիտիվ կարողությունների կառավարումը (հիշողության կորուստ և կոգնիտիվ կարողությունների վատթարացում), անվտանգության և տրամադրության կառավարումը [62, 107, 113, 116]:

Խնամակալի կարիքները

Խնամողի հատուկ կարիքները ներառում են էմոցիոնալ աջակցություն, տնային աջակցություն, խնամքի պլանավորման մեջ ներգրավվածություն, խնամք տրամադրելու կարողություն, հոգեկրթության կարիք [62, 107, 108, 116, 122]:

Դեմենցիայի ժամանակ անձ-խնամակալ կարիքները

Դեմենցիայի ժամանակ անձ – խնամակալ համագործակցության շրջանակում առկա են հետևյալ կարիքները. վարքի խնդիրներով զբաղվելու համար կրթում/խորհրդատվություն, հասանելի համապատասխան ծառայությունների մասին տեղեկատվություն, իրավական օգնություն խնամակալության մասին, ֆինանսական աջակցություն, ընդլայնված խնամքի պլանավորում, պատշաճ կերպով սահմանված խնամքի ձև, խնամքի շարունակականություն, ընտանեկան բժիշկների հասանելիություն, ովքեր ունեն բավարար գիտելիքներ հիվանդության վերաբերյալ և մասնագիտացած են դեմենցիայի ժամանակ խնամքի ապահովման մեջ, առողջապահական մասնագետների հասանելիություն, ովքեր մասնագիտացած են տարեցների և դեմենցիայի ոլորտում [62]:

Կարճաժամկետ բուժման ծրագրերը, որոնք հիմնված են ինքնասպասարկման թերապիայի հայեցակարգի վրա, ցույց են տվել բարելավում դեպրեսիայի, քրոնիկ հոգնածության և անհանգստության նվազման իմաստով ինչպես ճակատաքունքային դեմենցիա ունեցող մարդկանց, այնպես էլ խնամողների մոտ [122]:

Անվտանգության հետ կապված խնդիրներ

Մեկ համակարգված ակնարկում քննարկվել են դեմենցիա ունեցող անձանց և նրանց խնամողների միջև անվտանգության խնդիրների և ինքնուրուկության ու անկախության միջև հավասարակշռություն պահպանելու մարտահրավերները, օրինակ՝ միայնակ քայլելը կամ մեքենա վարելը [107]: Մասնագետները և աջակցող խմբերը պետք է ավելի լավ հասկանան և արձագանքեն խնամողի երկրնտրանքին՝ չցանկանալով սիրելիին գրկել անձնական ազատության և արժանապատվության զգացումից, միաժամանակ կառավարելով առօրյա հոգսերը և անվտանգության խնդիրները: Կանադական հետազոտությունների արդյունքները ցույց են տալիս, որ դեմենցիա ունեցող մարդիկ, նրանց խնամողները և մատակարարները պայքարում են տնային խնամքի համակարգի

հետ: Տնային խնամքի մոդելները, որոնք կենտրոնացած են հաճախորդի կամ անձի վրա, պետք է համարվեն անխափան, որակյալ, կայուն տնային խնամք ապահովելու միջոց: Օգնության կարիքը սահմանվել է ընկնելու և թափառելու ռիսկը կառավարելու, տան անվտանգությունն ապահովելու և պատահական ինքնավնասման ռիսկը նվազագույնի հասցնելու համար:

Հաղորդակցության և/կամ դրա աջակցության կարիքները

Երկու համակարգված ակնարկներ ցույց տվեցին, որ խնամողները հայտնել են, որ դեմենցիայով անձը դժվարությամբ է փոխանցում իր ախտանիշները, ինչը հանգեցնում է անորոշության և անհանգստության [108, 111]: Չարգացած դեմենցիայով անձին խնամելիս՝ խնամողները կշռել են, որ դժվարացել են պարզել, թե երբ է ինչ-որ բան սխալ կամ անհանգստություն պատճառում՝ դեմենցիա ունեցող անձի կողմից բանավոր հաղորդակցության բացակայության պատճառով, ինչը անհանգստացնող է [108]: Սա ենթադրում է, որ հաղորդակցությունը հեշտացնելու հարցում դեմենցիա ունեցող անձը և նրան խնամողը կարող են զգալ աջակցության կարիք:

Նկատառումներ կարիքների վերաբերյալ մասնագետների/ծառայությունների մատուցողների համար

Համակարգված ակնարկը հաստատեց բաց հաղորդակցության և կարեկցանքի անհրաժեշտությունը տեղեկատվություն տրամադրելիս, ինչպես նաև դեմենցիա ունեցող մարդկանց և նրանց խնամողների տեսակետների արժեքը [111]: Այնտեղ բերված են մի քանի կլինիկական առաջարկություններ՝

- Բարելավված հաղորդակցություն և վերաբերմունք դեմենցիայի նկատմամբ: Առաջնային խնամքի մատակարարները (ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներ) պետք է տեղեկացված լինեն խնամքի մարդակենտրոն մոտեցումների մասին:
- Լրացուցիչ կրթություն դեմենցիայի և դրա կառավարման մասին՝ առողջապահական մասնագետների հմտությունները բարելավելու համար:
- Կրթություն և միջամտություններ՝ դեմենցիայով տառապող մարդկանց և նրանց խնամողներին ինքնակառավարման հմտություններով և ռեսուրսներով զինելու համար:
- Ծառայությունների ներդրում, ինչպիսիք են դեմենցիայի խնամքի գծով կառավարիչները (դեպքերի կառավարում) առաջնային խնամքի թիմերում:
- Հոգեկրթություն խնամողների համար:

Հետախտորոշիչ տեղեկությունը և աջակցության կարիքները

Յոթ ուսումնասիրություններ հետևողականորեն արձանագրել են տեղեկատվական կյոթերի, մասնագիտական օգնության (ներառյալ մասնագիտացված ծառայությունների), աջակցության ծառայությունների (հատկապես խնամողների), վարքագծային խնդիրների, իրավական օգնության և անվտանգության պակաս [107,111,112,114,116,122]: Աջակցությունը և կամավոր ծառայությունները նույնպես ունեցել են ոչ պատշաճ ուղղորդումներ [122]:

Մեկ այլ համակարգված ակնարկ հետազայում սահմանեց դեմենցիա ունեցող անձանց տեղեկատվություն ստանալու վերաբերյալ հեռանկարների համատեքստը՝ ներառյալ խնամողներին, ովքեր ցանկանում են ստանալ տեղեկատվություն [111]:

Առկա է տեղեկատվության փոփոխության անհրաժեշտությունը՝ ըստ դեմենցիայի փուլերի/116/: Երկու համակարգված ակնարկներ ընդգծեցին պրակտիկ ռազմավարությունների անհրաժեշտությունը՝ բարելավելով հաղթահարման մարտավարությունը և, ինչպես ինսամոդների, այնպես էլ դեմենցիա ունեցող անձի համար, «նորմալությունը» պահպանելու ռազմավարությունները [107, 116]: Գործնական ռազմավարությունները ներառում էին ընտանիքի աջակցության վրա հիմնվելը, մինչդեռ հուզական ռազմավարությունները ներառում էին իմաստալից գործունեությամբ զբաղվելը [107, 116]:

Առցանց ռեսուրսներ և սոցիալական մեդիա

Համացանցային ռեսուրսների և սոցիալական մեդիայի (բլոգներ, առցանց ֆորումներ) օգտագործումը օգտակար է տեղեկատվություն քաղելու և նմանատիպ փորձ ունեցող այլ անձանց հետ կապ հաստատելու համար [113, 122]:

Դեմենցիայով անձանց, ինսամոդների և ծառայություններ մատուցողների ուսումնասիրությունները ցույց են տվել դեպի առցանց ռեսուրսներ և երրորդ կողմի կազմակերպություններ ավելի լավ ուղղորդման անհրաժեշտությունը, ինչպիսիք են բարեգործական կամ կամավորական կազմակերպությունները, որոնք մեծապես կարևոր են համարվում սոցիալական և էմոցիոնալ աջակցության տեսանկյունից: Որակական ուսումնասիրությունները ցույց են տվել կամավորական կազմակերպությունների արժեքավոր աջակցության մասին ապացույցներ, թեև հարկավոր է բարելավել ուղղորդման հետ կապված հարցերը [107]:

Հետախտորոշիչ աջակցությունը պետք է հասցեագրի դեմենցիա ունեցող անձի, ինսամոդների և դեմենցիա ունեցող անձ – ինսամոդ գործընկերության կարիքները:

Դեմենցիա ունեցող անձանց հետախտորոշիչ աջակցությունը պետք է ներառի.

- աջակցություն առօրյա կյանքում՝ համայնքում իրենց «նորմալ կյանքը» պահպանելու համար, օրինակ, պահպանելու իրենց ինքնությունը, հարաբերությունները, սոցիալական կյանքը, սեփական տանը ապրելու, ակտիվ մնալու, առողջ և բովանդակալից գործունեությամբ զբաղվելու հնարավորությունը,
- տրամադրության փոփոխությունները, սթրեսն ու անհանգստությունը կառավարելու աջակցություն,
- աջակցություն հիշողության կորստի և կոգնիտիվ ֆունկցիայի անկման դեպքում,
- օգնություն անվտանգությունը անկախ մնալու անհրաժեշտության հետ հավասարակշռելու հարցում և նորմալության ու առօրյա կյանքի հեշտացում,
- կրթում հիվանդության մասին,
- նախահարձակ խնամքի պլանավորում:

Ինսամոդների հետախտորոշիչ աջակցությունը պետք է ներառի՝

- զգացմունքային աջակցություն,
- հոգեկրթություն,

- դեմենցիայի փուլերի, ծառայությունների հասանելիության և հետագա հավաստի տեղեկությունների աղբյուրների վերաբերյալ տեղեկատվության ժամանակին տրամադրում,
- գործնական օգնություն, ինչպես, օրինակ, հաղթահարելու ռազմավարությունները՝ ինչպես իրենց, այնպես էլ դեմենցիա ունեցող անձի համար նորմալությունը պահպանելու համար,
- ընտանիքի աջակցություն,
- կենցաղային աջակցություն տանը,
- ներգրավվածություն խնամքի պլանավորման մեջ:

Դեմենցիա ունեցող անձ – խնամակալ գործընկերության հետախտորոշիչ աջակցությունը պետք է ներառի՝

- հաղորդակցման աջակցություն, որպեսզի դեմենցիայով տառապող անձը կարողանա արտահայտել իր ախտանիշներն ու կարիքները, իսկ խնամողները՝ հասկանալ նրանց կարիքները՝ հատկապես դեմենցիայի խորացված փուլերում,
- օգնություն սթրեսի և անհանգստության կառավարման հարցում,
- ինքնակառավարման հմտությունների զարգացում և ուղղորդում դեպի ինքնակառավարման ռեսուրսներ,
- օգնություն՝ հասնելու հավասարակշռության անվտանգության, ինքնուրույնության և անկախության պահպանման միջև. դեղերի կառավարում, խանգարված դատողության և հիշողության հետ կապված բարդություններ, առօրյա գործունեություն, խոհանոցային անվտանգություն, սթրես և անհանգստություն,
- նախահարձակ խնամքի պլանավորում,
- պատշաճ կերպով սահմանված խնամքի եղանակ և խնամքի շարունակականություն,
- ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների և առողջապահական մասնագետների հասանելիություն, ովքեր մասնագիտացած են դեմենցիայի կամ տարեցների խնամքի ոլորտում:

Չետախտորոշիչ աջակցությունը պետք է լինի ճկուն, զգայուն և հարմարեցված դեմենցիա ունեցող անձի և նրան խնամողների կարիքներին:

Առողջապահության և սոցիալական խնամքի մասնագետները պետք է ուղղորդեն դեմենցիա ունեցող մարդկանց և նրանց խնամողներին դեպի.

- հասարակական կազմակերպություններ (օրինակ՝ բարեգործական/կամավորական կազմակերպություններ), որոնք առաջարկում են սոցիալական և էմոցիոնալ աջակցություն,
- հավաստի տեղեկատվության աղբյուրներ՝ ներառյալ կայքերը և սոցիալական լրատվամիջոցները:

Առողջապահության և սոցիալական խնամքի մասնագետներին պետք է հասանելի լինեն դեմենցիայի և դրա կառավարման մասին կրթությունը՝ ներառյալ հաղորդակցման հմտությունները և մարդակենտրոն խնամքի մոտեցումները:

Առողջապահության և սոցիալական խնամքի մասնագետները պետք է հաշվի առնեն դեմենցիա ունեցող անձի հետախտորոշիչ աջակցության կարիքները որպես ամբողջական գնահատման մաս, որը ներառում է ցանկացած այլ ռիսկի գործոն և հարակից հիվանդություն, որոնք պետք է հաշվի առնվեն և հասցեագրվեն պատշաճ կերպով:

Առողջապահության և սոցիալական խնամքի մասնագետները պետք է գիտակցեն մարդկանց հաղորդակցման հնարավոր դժվարությունները, հատկապես դեմենցիայի խորացված փուլերում: Առողջապահության և սոցիալական խնամքի մասնագետներին կարող է անհրաժեշտ լինել հաղորդակցման հմտությունների ընդլայնված վերապատրաստում՝ զարգացած դեմենցիա ունեցող անձանց հետ արդյունավետ հաղորդակցվելու համար:

Համօգտագործվող ցանկացած տեղեկատվության ձևաչափը պետք է հարմարեցվի դեմենցիա ունեցող անձանց և նրանց խնամողների կարիքներին և նախասիրություններին: Պետք է հաշվի առնել գրագիտությունը և լեզուն, լրացուցիչ աջակցության կարիքները և մշակութային զգայունությունը:

խնամքի կարիքների շարունակականությունը և տրամադրման մոդելները

Երեք համակարգված ակնարկներ, որոնք ներառում էին դեմենցիա ունեցող մարդկանց և բոլոր տարիքի նրանց խնամողներին [62]՝ խնամողների (մեծամասնությունը 65-ից բարձր, տարիքային միջակայքը 26-90 տարեկան) [108] և երիտասարդ խնամողների (6-ից 35 տարեկան) [113] կարիքները, ընդգծեցին խնամքի շարունակականության բարելավման անհրաժեշտությունը: Մի համակարգված ակնարկում զեկուցվեց «մեկ կանգառի» կամ կապի ծառայության վերաբերյալ համաձայնության մասին՝ խնամքի շարունակականությունն ու ժամանակին հարմարեցված աջակցության փաթեթ ապահովելու համար [108]: Տեղեկատվության և աջակցության ստացման դժվարությունները հիմնականում պայմանավորված էին ծառայությունների միջև վատ համակարգմամբ [114]:

Մեկ այլ համակարգված ակնարկ ուսումնասիրեց դեպքերի կառավարման մոտեցման ազդեցությունները (հիմնված դեպքերի կառավարիչների և ընտանեկան բժիշկների համագործակցության վրա) դեմենցիա – խնամող գործընկերության հետ կապված անձի կարիքների վրա: Նրանք պատշաճ ապացույցներ ցույց տվեցին, որ դեպքերի կառավարիչները, համագործակցելով ընտանեկան բժիշկների հետ, առանցքային դեր ունեն դեմենցիա ունեցող անձ – խնամակալ գործընկերության կարիքները հասցեագրելու հարցում: Տարեցների խնամքի մեջ մասնագիտացած բուժքույրերը հաճախ խաղում են դեպքերի կառավարիչի դերը: Դեպքի կառավարիչները նաև ավելի լավ են լուծել դեմենցիա ունեցող անձի կարիքները: Դեմենցիայով ավելի շատ մարդիկ ստացել են ոչ դեղորայքային՝ վարքային, միջամտություններ: Ացետիլխոլինեստերազի ինհիբիտորներն ավելի հաճախ նշանակվում էին ընտանեկան բժիշկների կողմից, ովքեր աշխատում էին դեպքերի կառավարիչների հետ, մինչդեռ նեյրոլեպտիկների նշանակման հաճախականությունը նվազել էր: Զանի որ դեպքերի կառավարիչները տրամադրում են

աջակցության նիստեր, ապա խնամողների վստահությունը խնամքի նկատմամբ մեծանում է սթրեսի կառավարման և հաղթահարման հմտությունների իմաստով: Նրանց որոշումներ կայացնելու կարողությունները բարելավվել են, ինչպես նաև սոցիալական աջակցությունից և տնային օգնությունից գոհունակությունը [62]:

Մեկ այլ համակարգված ակնարկ պաշտպանում էր այնպիսի ծառայությունների ներդրումը, ինչպիսիք են դեմենցիայի խնամքի կառավարիչների (դեպքերի կառավարում) առկայությունը առաջնային խնամքի թիմերում [111]:

Մեկ համակարգված ակնարկում մեկ կոնտակտային կետի անհրաժեշտությունը հատկապես ընդգծվել է դեմենցիա ունեցող ընտանիքի երիտասարդ խնամողների կողմից: Մեկ մասնագետ ունենալը, ով ծանոթ է նրանց անհատական հանգամանքներին, մեծապես նախընտրելի էր, քան կամայական պարբերականությամբ նրանց այցելող բուժաշխատողների կողմից տրամադրվող աջակցությունը, որում նկատվում էր շաբլոնային և սահմանափակ հաղորդակցություն [113]: Կային նաև հատուկ հիշատակումներ փորձառու կամ վստահելի առողջապահական մասնագետների մասին, ովքեր ունեն համապատասխան փորձ (հիվանդության մասին իմացություն), որոնք գործում են դեպքերի կառավարչի դերում: Խոսքը հատկապես գնում է երիտասարդ խնամողների մասին [113]: Ի լրումն ամենի, խնդիր առաջացավ մասնագետներ պատրաստել ախտորոշման բացահայտման ոլորտում [63]:

Հետախտորոշիչ աջակցությունը պետք է ներառի խնամքի շարունակականությունը, ներառյալ «մեկ կանգառի» կամ մեկ կոնտակտային կետի ծառայությունը, մեկ մասնագետը կամ դեպքի կառավարիչը: Դա պետք է լինի առողջապահական կամ սոցիալական խնամքի մասնագետ, ով տիրապետում է դեմենցիայի վերաբերյալ համապատասխան հմտությունների, գիտելիքների և փորձառության, որն աշխատում է ընդհանուր պրակտիկայի բժշկի հետ, ապահովելու համար հարմարեցված աջակցության փաթեթի ժամանակին տրամադրումը:

Բազմամասնագիտական մասնագետների (օրինակ՝ գերիատրիկ հոգեբուժություն, գերիատրիկ բժշկություն և ցանկացած առկա կամ բացահայտված ուղեկցող հիվանդությունների համար մասնագիտացված խնամք) ներդրումը պետք է դիտարկվի որպես հետախտորոշիչ խնամքի մաս:

Վաղաժամ դեմենցիա ունեցող անձանց հետախտորոշիչ աջակցությունը

Հինգ ուսումնասիրություններ ներկայացրել են վաղաժամ դեմենցիայով անձանց փորձառությունները և կարիքները [117, 118, 120, 121, 124]: Երեք ուսումնասիրություններ արձանագրեցին ախտորոշման գործընթացը՝ որպես շփոթեցնող և անհանգստացնող [120]: Որոշ հետազոտություններ ընդգծել են, որ վաղաժամ սկիզբ ունեցող դեմենցիա ունեցող, պաշտոնապես ախտորոշված անձանց համար տրամադրված աջակցությունը կարող է ունենալ օգտակար ազդեցություն: Հիմնական խնդիրների շարքում առանձնացվել է տարիքի համապատասխան աջակցության ծառայությունների բացակայությունը, ինչպես նաև ծրագրերի ու ֆինանսավորման սահմանափակումների ազդեցությունը դրանց հասանելիության վրա [117,118,120,121]:

Ակնարկում մասնավորապես նշվել է, որ պետք է մշակվեն այնպիսի միջամտություններ, որոնք նպաստում են գործընկերական աջակցությանը, որոնք թույլ են տալիս վաղաժամ դեմենցիայով անձանց ներգրավվել բովանդակային գործունեության

մեջ [117]: Նման իրավիճակում այլոց հետ գտնվելը համարվում է աջակցության կարևոր միջոց: Հետազոտությունը ուսումնասիրել է երիտասարդ տարիքում առաջացած դեմենցիայով անձանց արձագանքը ախտորոշմանը և հաստատել այն, թե ինչպես այդ կարիքները կարող են տարբերվել ուշ ախտորոշմամբ անձանց կարիքներից:

Վաղաժամ դեմենցիայի ախտորոշման պատճառով կյանքում կատարված ճշգրտումների հիմնական տարրերը ներառում են՝ ընտանեկան և սոցիալական հարաբերությունների խնդիրների լուծումը, աշխատավայրում մնալու համար նոր հմտությունների և ռազմավարությունների զարգացումը կամ վաղաժամ կենսաթոշակի անցնելը և ապագայի համար ֆինանսական և իրավական ծրագրերի ստեղծումը [118]:

Վաղաժամ դեմենցիայով անձանց ապրած փորձառությունների հետադարձ ակնարկը ցույց տվեց անորակ տեղեկատվության տրամադրում ախտորոշումից հետո և հետագա քայլերի վերաբերյալ բացատրությունների բացակայություն [124]: Անմիջական էմոցիոնալ աջակցության հասանելիությունը կարճաժամկետ հեռանկարում համարվել է ավելի շահավետ, քան դեմենցիայի և հետախտորոշիչ աջակցության վերաբերյալ տեղեկատվությունը, որ տրամադրվել էր թռուցիկների միջոցով: Մեկ այլ ակնարկ հայտնաբերեց սակավ տեղեկատվություն՝ կապված կանխատեսումների, ծառայությունների և հաղթահարման ռազմավարությունների հետ: Ընդհանուր առմամբ, տեղեկատվության տրամադրումը բարձր է գնահատվել: Խնամողները հասկացան, որ երիտասարդ տարիքում առաջացող դեմենցիայի աջակցությունը չի ենթադրում նույն պայմանները, ինչ մյուսների դեպքում, և դա կարող է խնդիր ներկայացնել ծառայություններից կամ աջակցությունից օգտվելու համար: Հետախտորոշիչ աջակցությունն ստացած անձանց հանդիպած դժվարություններից մեկն այն էր, որ ծառայությունները չէին բավարարում օգտատերերի պահանջները, հիմնականում այն պատճառով, որ դրանք բավարար չափով չէին ընկալվում տարիքին համապատասխան: Սա վերաբերում է անհատների կարիքին ծառայությունները հարմարեցնելու անհրաժեշտությանը:

Երիտասարդ տարիքում առաջացած դեմենցիա ունեցող անձինք և նրանց ընտանիքները ունեցել են եկամուտի կորստի հետ կապված խնդիրներ, աշխատանքի կորուստ և ֆինանսական խնդիրներ, ինչը սրում է նրանց առանց այն էլ դժվար վիճակը [118]: Դեմենցիա ունեցող անձանց առաջարկվող աշխատատեղերի վերաբերյալ ապացույցները ցույց են տվել դրական ազդեցություն ինքնագնահատականի և կյանքից բավարարվածության վրա:

Երիտասարդ տարիքում առաջացած դեմենցիայի վերաբերյալ ապացույցները նաև ընդգծեցին ավելի կարեկից հաղորդակցության, խնամքի շարունակականության, կարիքներին հարմարեցված խնամքի և ավելի որակյալ տեղեկատվության տրամադրման անհրաժեշտությունը [118]:

Հետադարձ ակնարկը առանձնացնում էր մասնագետի դերը երիտասարդ տարիքում առաջացած դեմենցիայի ախտորոշումից անմիջապես հետո [124]: Դերը պետք է ուղղված լինի աջակցության շարունակականության ապահովմանը և հնարավորություն տա երիտասարդ տարիքում առաջացած դեմենցիայով ապրող անձին հասկանալ իր վիճակը և ակտիվորեն ներգրավվել իր խնամքի ծրագրի և ուղու կազմման հետ կապված հարցերում [120]: Նրանք պետք է օգնեն համակարգել խնամքն ու աջակցությունը, որը հասանելի է տեղական առողջապահական և սոցիալական ծառայությունների և կամավորական կազմակերպությունների միջոցով [124]:

Ճակատաքունքային դեմենցիա ունեցող անձանց խնամողների մասին համակարգված ակնարկը (որը սովորաբար կապված է ավելի երիտասարդ տարիքում առաջացման հետ) ընդգծեց ընդհանուր վատ ինքնազգացողությունը, անտեսված անձնական կարիքները և երիտասարդ խնամողների սոցիալական մեկուսացման աճը: Երիտասարդ բնակչության վրա ազդող ճակատաքունքային դեմենցիան հանգեցրել է նրան, որ երիտասարդ խնամողները գործ են ունենում սիրելի մարդու և նրա աջակցության կորստի հետ, ինչպես նաև բախվում են աշխատանքի, երեխաների և կյանքի պարտավորությունների ամբողջական բեռին: Ճակատաքունքային դեմենցիա ունեցող մարդկանց խնամողների մոտ անտեսված էին զգացմունքային, ֆիզիկական և սոցիալական կարիքներ:

Young Dementia Network կազմակերպության խորհուրդը հիմնական խնամողի գործողությունների կապակցությամբ հետևյալն է [125].

- ունենալ մասնագիտացված գիտելիքներ, հմտություններ և փորձ երիտասարդ տարիքում առաջացած դեմենցիայի ազդեցության վերաբերյալ՝ ներառյալ դեմենցիայի ավելի հազվադեպ տեսակների մասին իմացությունն ու իրազեկվածությունը, ինչպես նաև ավելի երիտասարդ տարիքում ախտորոշման ազդեցությունը՝ ախտորոշված անձի և նրա ընտանիքի համար,
- ընտանիքի անդամներին տրամադրել տեղեկատվական, գործնական և հուզական աջակցություն,
- տրամադրել շարունակական աջակցություն և օգնել երիտասարդ տարիքում առաջացած դեմենցիայով ապրող անձին հասկանալ իր վիճակը և ներգրավվել իր խնամքի պլանի և ուղու կազմման գործընթացում,
- հանդես գալ որպես ծառայությունների, կազմակերպությունների և մարդկանց համակարգող՝ օգնելով երիտասարդ տարիքում առաջացած դեմենցիայով ապրող անձին կապվել տեղական խմբի հետ,
- հասանելի լինել մի շարք կազմակերպությունների համար, տեղական ենթակառուցվածքներից կախված, ինչպիսիք են առաջնային խնամքը, կամավորական հատվածը, կամ գտնվել հոգեկան առողջության տեղական թիմերում կամ նյարդաբանական ծառայություններում:

Այս սկզբնական աջակցության տրամադրումը հիմնական խնամողի միջոցով կապահովի անհրաժեշտ հուզական աջակցությունը ախտորոշումից անմիջապես հետո:

Երիտասարդ տարիքում առաջացած դեմենցիա ունեցող անձանց պետք է տրամադրվի հետևյալը.

- կարճաժամկետ կտրվածքով անհապաղ հուզական աջակցություն, այլ ոչ թե տեղեկատվության տրամադրում,
- տարիքին համապատասխանող աջակցություն (օրինակ՝ համապատասխան ցերեկային ծառայություններ) և ծրագրեր՝ հարմարեցված նրանց անհատական կարիքներին, և աջակցություն՝ դրանցից օգտվելու հարցում,
- տեղեկատվություն կանխատեսման, ծառայությունների և հաղթահարման ռազմավարությունների մասին,

- աջակցություն բովանդակալից գործունեության մեջ ներգրավվելու համար,
- գործընկերական աջակցություն,
- աջակցություն աշխատանքի և զբաղվածության հարցում,
- աջակցություն ֆինանսական խնդիրների դեպքում:

Բոլոր առողջապահական և սոցիալական խնամքի մասնագետները, որոնք ներգրավված են դեմենցիա ունեցող մարդկանց խնամքում, պետք է իրականացնեն կարեկից շփում:

Երիտասարդ տարիքում առաջացած դեմենցիա ունեցող անձանց պետք է առաջարկվի հիմնական աշխատակից կամ դեպքի կառավարիչ շարունակական աջակցություն ցուցաբերելու համար, ինչը և հնարավորություն կտա երիտասարդ տարիքում առաջացած դեմենցիայով ապրող անձին հասկանալ իր վիճակը և ակտիվորեն մասնակցել իր խնամքի ծրագրին և ուղղուն: Հիմնական աշխատողը պետք է գործի որպես ծառայությունների, կազմակերպությունների և մարդկանց համակարգող և հասանելի լինի տարբեր կազմակերպությունների համար, տեղական ենթակառուցվածքներից կախված, ինչպիսիք են առաջնային խնամքը, կամավորական հատվածը, տեղական հոգեկան առողջության թիմերը կամ նյարդաբանական ծառայությունների բաժանմունքները:

Առողջապահության և սոցիալական խնամքի մասնագետները պետք է տիրապետեն երիտասարդ տարիքում առաջացող դեմենցիայի և դրա հետ կապված կարիքների մասին գիտելիքներին:

Առողջապահության և սոցիալական խնամքի մասնագետները պետք է տեղյակ լինեն, որ երիտասարդ տարիքում առաջացող դեմենցիա ունեցող անձանց խնամքի հասանելիության հիմնական խոչընդոտը օգնությունից օգտվելու և տրամադրելու մերժումն է, հիվանդության հետ կապված խարանը, ախտորոշման հետ կապված հույզերը և ախտորոշումը ուրիշների հետ կիսելը:

Չետախտորոշիչ աջակցություն երիտասարդ խնամողների համար

Երիտասարդ խնամողներն ավելի խոցելի են իրենց տարիքի և զարգացման կարիքների պատճառով: Երիտասարդ տարիքում առաջացող դեմենցիայով անձանց երեխաները նկարագրել են ընկալվող խարանն ու դրա հետ կապված ամոթը կամ խայտառակությունը, ընտանեկան կոնֆլիկտը, խնամքի մեծ բեռը, խնամքի հետ կապված ֆիզիկական դժվարությունները, հոգեբանական խնդիրներն ու խնդիրները դպրոցում: Շատ երեխաներ նշել են, որ իրենց վրա են վերցրել պահանջկոտ խնամողի դերը՝ բախվելով մեծանալու և զարգացման հետ կապված մարտահրավերներին [118]: Մյուս մտահոգությունները ներառում են նրանց փորձի «անտեսանելի» բնույթը [113]: Առավել հավանական է, որ այս բնակչության շրջանում հաղորդակցությունը խզվի, քանի որ մասնակիցները նախընտրում էին խոսել առնվազն մեկ մասնագետի հետ, ով ծանոթ էր իրենց իրավիճակին: Պարզվել է, որ պայմանները և նրանց՝ խնամողի դերը, վնասակար ազդեցություն են ունենում երիտասարդների զարգացման և անձնական կյանքի վրա հետևյալ կերպ.

- նրանց ուսման կամ կարիերայի առաջընթացը խոչընդոտվում է ընդհատումների պատճառով, երբ նրանք ստանձնում են խնամողի դերը,
- կրթական նախընտրությունները հիմնվում են ընտանիքին մոտ մնալու կամ դեմենցիա ունեցող ծնողի հետ ժամանակ անցկացնելու անհրաժեշտության վրա,
- հայտնի է, որ դպրոցում իրազեկվածության պակասի պատճառով երիտասարդ խնամողներին ցուցաբերվում է անհավասար վերաբերմունք,
- դպրոցները համապատասխան կերպով չեն արձագանքում իրենց աշակերտների կարիքներին,
- խարան և ահաբեկում:

Ծառայություններ մատուցողները պետք է առաջարկեն ընտանեկան մոտեցում երիտասարդ տարիքում առաջացած դեմենցիա ունեցող անձանց և ցանկացած երիտասարդ խնամողների նկատմամբ՝ նրանց կարիքներին հարմարեցված և համակարգված աջակցությամբ և բոլոր ոլորտներից ստացվող խնամքով: Սա պետք է ներառի մեկ դեպքի կառավարչի կամ հիմնական աշխատողի կողմից խնամքի շարունակականության ապահովումը, ով տեղյակ է ընտանիքի իրավիճակի մասին և կնպաստի դեմենցիա ունեցող անձին աջակցության ծառայություններից օգտվելու հարցերում՝ մեղմելու համար խնամքի հետ կապված ցանկացած բեռը և ապահովելու, որ երիտասարդ խնամողը շարունակի իր կրթությունը կամ աշխատանքը [113]:

Երիտասարդ խնամողներին և դեմենցիա ունեցող անձանց ընտանիքներին պետք է առաջարկվի աջակցություն մեկ առողջապահական ոլորտի փորձագետ մասնագետի կողմից:

Եթե երիտասարդ խնամողը դեռևս գտնվում է կրթություն ստանալու փուլում, ապա բոլոր մասնագետները (օրինակ՝ առողջապահության ոլորտի մասնագետները, դեպքերի կառավարիչը կամ հիմնական աշխատողները, դասավանդող և կրթական անձնակազմը) պետք է տեղյակ լինեն նրա՝ որպես խնամողի դերի մասին, որպեսզի անհրաժեշտության դեպքում առաջարկեն կրթական և հուզական աջակցություն: Բոլորը պետք է աշխատեն ճկուն և համախմբված ձևով՝ աջակցելու համար երիտասարդ խնամողի կարիքներին և նպաստելու կրթության շարունակականությանը:

Բոլոր մասնագետները (օրինակ՝ այցելող առողջապահական ոլորտի մասնագետ, ուսուցիչ, բուժաշխատող կամ դեպքի կառավարիչ), որոնք լրիվ դրույքով ներգրավված են շատ երիտասարդ խնամողների կրթության և խնամքի գործում, ովքեր առնչություն ունեն, ապրում են կամ աջակցում են դեմենցիա ունեցող անձին, պետք է հաշվի առնեն երեխային տրամադրվելիք աջակցության կարիքները՝ անկախ դեմենցիայով տառապող անձի կարիքներից: Մասնագետները պետք է ձգտեն կառուցել վստահելի հարաբերություններ, որպեսզի երիտասարդ խնամողը կարողանա կիսվել իրենց հետ ցանկացած կարիքներով կամ մտահոգություններով, որպեսզի դրանք կարողանան ստանալ լուծումներ:

Գլուխ 6. Տազնապային վարքի նկատմամբ ոչ դեղաբանական մոտեցումները

Տազնապային վարքը վերաբերում է մի շարք դրսևորումների, որոնք ցույց են տալիս, որ դեմենցիա ունեցող անձը (կամ նրա շրջապատում գտնվող անձինք) անհանգստություն են զգում: Գրականության մեջ կան տազնապային վարքագծի բազում հոմանիշներ՝ ներառյալ ոչ կոգնիտիվ ախտանիշները, նյարդահոգեբուժական ախտանիշները, դեմենցիայի վարքագծային և հոգեբանական ախտանիշները, սթրեսը և անհանգստությունը, տրանսգրեսիվ վարքագիծը և խնդիրներ առաջացնող վարքագիծը [126]:

Տազնապային վարքագիծը կարելի է դիտարկել որպես համընդհանուր եզրույթ, որն ընդգրկում է վարքային մի շարք դրսևորումներ, այդ թվում, բայց ոչ բացառապես՝ անհանգստություն, անհանգիստ քայլք, կրկնվող հարցադրումներ, գրգռվածություն, ագրեսիա, միջամտություններին դիմադրություն կամ մասնակցությունից խուսափում, ապաթիա, քնի խանգարումներ: Դեմենցիա ունեցող անձի տազնապային վիճակը եզակի է և անհատականացված իր համար: Երբ առկա է տազնապային վիճակ, դա կարող է ցույց տալ, որ դեմենցիա ունեցող անձն ունի հիմքում ընկած կենսաբանական, հոգեբանական, սոցիալական կամ շրջակա միջավայրի հետ կապված կարիքներ, ինչպիսիք են չամոքված ցավը, անհանգստությունը կամ անծանոթ շրջապատը [126]: Տազնապային վիճակը կարող է նաև հանդիպել դեյրիոնում ունեցող անձանց մոտ:

Գոյություն ունեն տազնապային վարքի չափման և հասցեագրման տարբեր եղանակներ: Այս ուղեցույցի առաջարկությունները հիմնված են տազնապային վարքի երեք հատուկ դրսևորումների վրա՝ ագրեսիայի, դիմադրություն և քնի խանգարման: Սրանք հաճախ նշվում են որպես հիմնական պատճառներ, որոնց հետևանքով դեմենցիա ունեցող անձը իր տնից տեղափոխվում է խնամքի տուն կամ դեմենցիայի մասնագիտացված բաժանմունք [127-129]:

Գոյություն ունեն բազմաթիվ միջամտություններ, որոնց միջոցով կարելի է օգնել տազնապային վարք ունեցող դեմենցիայով տառապող մարդկանց: Ապացույցների վերանայումը կենտրոնացած է այն միջամտությունների վրա, որոնց արդյունավետությունն ապացուցված է բարձրորակ համակարգված ակնարկների կամ առաջնային հետազոտությունների միջոցով, որոնք հանդիսացել են առաջնային վերլուծությունների հիմնական աղբյուրը:

Նյութապի մոդելը գործնականում օգտագործվող միջամտության օրինակ է: Դա կենսահոգեբանական մոտեցում է հոգեբանական անհանգստության հնարավոր պատճառները հասկանալու համար [130]: Մոդելը հաշվի է առնում միջանձնային և ֆիզիկական միջավայրը և այն համատեքստը, որտեղ մատուցվում է դեմենցիայի խնամքը: Նյութապի մոդելը մի շարք մոտեցումների մի մասն է, որը բացատրված է NHS Education for Scotland Psychological Interventions-ի սթրեսի և անհանգստության վրա կենտրոնացած դեմենցիայի ուսուցման ծրագրում:

Անհրաժեշտ է նախքան առաջարկելը իրականացնել նման մոդելների վերաբերյալ լրացուցիչ հետազոտություններ:

Տազնապային վարքի գնահատում

Համակարգված ակնարկը սահմանեց 45 միջոց՝ դեմենցիայով տառապող մարդկանց մոտ տազնապային ախտանիշները գնահատելու համար, որոնք ունենին հստակ հոգեմետրիկ տվյալներ, ինչպիսիք են վավերականությունը և հավաստիությունը [134]: Միջոցառումների մեծ մասը ուղղված էր որոշակի ախտանիշների, ինչպիսիք են գրգռվածությունը, ապաթիան, քնի հետ կապված խնդիրները, դեգերումները կամ ագրեսիան: Սահմանվել են 16 ընդհանուր միջոցառումներ, որոնցից կեսը պետք է վարվեր վերապատրաստված հարցազրուցավարի կողմից: Ակնարկը եզրակացրեց, որ NPI-C կլինիկական գնահատման սանդղակը պիտանի է, քանի որ այն կարող է օգտագործվել բազմաթիվ կլինիկական միջավայրերում, վավերացված է բազմաթիվ երկրներում և ունի մի շարք տարբերակներ և ենթասանդղակներ: Միջոցառումների ընտրությունը պետք է հաշվի առնի հետևյալը՝

- չափման նպատակը (ընդհանուր սքրինինգի իրականացում, թե՞ ավելի նպատակային վարքագծի չափում),
- պայմանները, որտեղ դրսևորվում է վարքագիծը,
- ո՞վ է իրականացնելու միջոցառումը և ինչպե՞ս է այն իրականացվելու (դիտարկում, վստահված անձ, հարցազրույց),
- չափման համար հասանելի ժամանակը և ռեսուրսները [134]:

Համեմատությունն դեղաբանական միջամտությունների հետ

Տնային պայմաններում իրականացված հետազոտությունների ցանցային մետավերլուծությունը եզրակացրեց, որ ոչ դեղորայքային միջամտությունները, մասնավորապես բացօթյա գործունեությունը, մերսումն ու հպումային թերապիան և վարժությունները, արդյունավետ են ագրեսիան և գրգռվածությունը, վերբալ ագրեսիան և ֆիզիկական գրգռվածությունը նվազեցնելու հարցում՝ համեմատած դեղաբանական բուժման հետ: Սովորական խնամքի հետ համեմատած՝ առանձնացվել են երեք ոչ դեղորայքային միջամտություններ, որոնք օգտակար են գրգռվածության և ագրեսիայի համակցված նվազեցման համար՝

- բազմամասնագիտական խնամք,
- մերսում և հպումային թերապիա,
- երաժշտություն՝ զուգորդված մերսումն և հպումային թերապիայի հետ:

Համեմատությունը սովորական խնամքի հետ կամ ուշադրության վերահսկողության պայմանները

Անհատական միջամտություններ

Համակարգված ակնարկում ներկայացվեցին 67 փորձարկումներ, որոնք գնահատում էին ծերանոցների և հատուկ պահանջներով հիվանդների համար

Նախատեսված հաստատությունների առանձին բնակիչների գրգռվածության կամ ագրեսիայի վրա ոչ դեղորայքային միջամտությունների միջոցով ազդեցությունը [136]: Առկա էին ցածր որակի ապացույցներ, համեմատած սովորական խնամքի կամ ուշադրության վերահսկման երաժշտական միջամտությունների հետ, նարդոսով արոմաթերապիան և վառ լույսով թերապիան չեն նվազեցնում գրգռվածությունը կամ ագրեսիան: Բացահայտվել է մեկ փորձ համայնքում գրգռվածություն կամ ագրեսիա ունեցող մարդկանց շրջանում արտ-թերապիայի վերաբերյալ, սակայն դրա ապացույցները բավականաչափ հիմնարար չէին եզրակացություններ անելու համար [136, 137]:

Բազմաբաղադրիչ մոտեցումներ

Համակարգված ակնարկը ուսումնասիրել է խնամքի տրամադրման մակարդակին առնչվող միջամտությունների 27 կամայական վերահսկվող փորձարկումներ (ԿԿՓ-ներ)՝ կապված գրգռվածության և ագրեսիայի հետ: Միջամտությունները ներառում էին անձնակազմի կրթում, դասընթացներ՝ բարձրացնելու համար անձնակազմի գիտելիքների ու հմտությունների մակարդակը դեմենցիա ունեցող մարդկանց տազնապային վարքը կառավարելու համար, ինչպես նաև խնամքի տրամադրման միջավայրի բարելավումը [136]: Միջամտությունների և համեմատությունների մեծ մասի դեպքում ապացույցները բավարար չէին եզրակացություններ անելու համար: Կային ցածր որակի ապացույցներ, որոնք պնդում էին, որ ո՛չ դեմենցիայի խնամքի քարտեզագրումը, ո՛չ անձակենտրոն խնամքն ավելի արդյունավետ չէին, քան սովորական խնամքը գրգռվածությունը կամ ագրեսիան նվազեցնելու համար: Նաև բացակայում էին բավարար ապացույցները եզրակացություններ անելու համար այն միջամտությունների վերաբերյալ, որոնք ուղղված են եղել նվազեցնելու հակափսիխոզային և հոգեմետ դեղամիջոցների օգտագործումը:

WHELD-ի (Wellbeing and Health for People with Dementia/Բարօրություն և առողջություն դեմենցիա ունեցող մարդկանց համար) ուսումնասիրությունը պատահականության սկզբունքով ընտրեց Մեծ Բրիտանիայի 69 ծերանոցներ, որոնք պետք է ստանային ոչ դեղորայքային միջամտություն, որը բաղկացած էր անձնակազմի ուսուցումից անձնակենտրոն խնամքի տրամադրման և խնամքի պլանավորման վերաբերյալ, տևային աջակցության տրամադրման WHELD առաջադեմ աշխատակիցների կողմից, կասկադային եղանակով գիտելիքների փոխանցումից դասընթացների ընթացքում և կառուցվածքային սոցիալական գործունեության իրականացումից / հաճելի փոխազդեցություններից ծերանոցի բնակիչների համար, ինչպես նաև կրթությունից՝ հակափսիխոզային դեղորայքի օգտագործման և վերանայման մասին [138]: WHELD-ի գործողությունները բերեցին կյանքի որակի և գրգռված վիճակի վիճակագրորեն նշանակալի բարելավման (չափված 4,27 միջին տարբերությամբ CMAI-ի (երկրորդային արդյունք) և սովորական խմբի բուժման միջև (Քոհենի d ազդեցության չափը 0,23)): Հեղինակները նշել են, որ այս փոքր բարելավումը նույնքան ազդեցություն ունի, որքանին հասել են հակափսիխոզային դեղամիջոցների օգտագործմամբ: WHELD-ի ծրագիրը նաև հանգեցրել է նյարդահոգեբուժական ախտանիշների վիճակագրորեն նշանակալի բարելավմանը (Նյարդահոգեբուժական հարցաշար - Ծերանոցային տարբերակ, NPI-NH) համեմատած -2,64-ից սովորական խմբում

բուժման միջինում 1,91 վատթարացման համեմատ): Հակափսիխոզային միջոցների օգտագործումը երկու խմբերում էլ կայուն ցածր մակարդակի վրա էր:

TIME-ի (Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms/Նյարդահոգեբուժական ախտանիշների գնահատման և բուժման նպատակային միջուրոտային մոդել) կողմից իրականացված ուսումնասիրությունը պատահականության սկզբունքով ընտրել է Նորվեգիայում 33 ծերանոցներ՝ իրականացնելու համար վիճակի վերահսկողություն (կարճ ուսուցում անձնակազմի համար) կամ TIME միջամտություն՝ հիմնվելով կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիայի (CBT) տեսական շրջանակի և անձնակենտրոն խնամքի վրա: Ուսումնասիրությունն իրականացվել է երեք փուլով. անհատների համապարփակ գնահատում և դիտում, համակարգված արտացոլում դեպքերի քննարկման նիստերի ընթացքում և անհատականացված խնամքի պլանների մշակում, ինչպես նաև բուժման միջոցառումների իրականացում և դրանց համակարգված գնահատում: Երկու հետազոտական խմբերն էլ ունեին NPI-NH կետի կրճատում բազային ցուցանիշից մինչև 8 շաբաթ: TIME-ի դեպքում այն 8.7-ից իջեցվել է մինչև 6.1-ի, իսկ վերահսկվող խմբում 8.4-ից դարձել է 6.8: Խմբերի միջև տարբերությունը 8 շաբաթվա ընթացքում փոփոխության համար եղել է 1.1 հոգուտ միջամտության (95% CI 0.1-ից մինչև 2.1, $p=0.031$) [139]:

MARQUE (Managing Agitation and Raising Quality of Life/Տաղնապային վիճակի կառավարում և կյանքի որակի բարձրացում) կլաստերը պատահականության սկզբունքով կամայական վերահսկվող փորձարկումներ է (ԿՎՓ) անցկացրել Մեծ Բրիտանիայի 20 խնամքի տներում ($n=492$): Վեց նստաշրջանից բաղկացած ձեռնարկների օգտագործման վրա հիմնված ինտերակտիվ միջամտությունը ներառում էր ուսուցողական նիստեր անձնակազմի համար դեմենցիայի ժամանակ գրգռվածությունը կառավարելու ուղղությամբ՝ ճանաչելով և հասկանալով չբավարարված կարիքները, օգտագործելով մեթոդաբանությունը (նկարագրել, ուսումնասիրել, ստեղծել, գնահատել), բարելավելով հաղորդակցությունը և խնամքի պլանավորումը, ինչպես նաև ամենօրյա խնամքի մեջ հաճելի իրադարձությունների ներգրավմամբ: Ութ ամսվա ընթացքում հետազոտական խմբերի միջև CMAI-ի գնահատականներում զգալի տարբերություններ չեն արձանագրվել (տարբերությունը -0.4 , 95%CI -3.89 -ից մինչև 3.09 , $p=0.82$) [140]:

EPIC (Enhancing Personcentred Care In Care Homes/Մարդակենտրոն խնամքի բարելավում ծերանոցներում) կլաստերը Մեծ Բրիտանիայում պատահականության սկզբունքով 50 խնամքի տներից ($n=726$) ընտրել է խնամքի տներ, որտեղ պետք է կազմակերպվի անձնակազմի վերապատրաստում դեմենցիայի խնամքի քարտեզագրման թեմայով՝ ստանալով փորձագիտական աջակցություն անձակենտրոն խնամքը կիրառվող պրակտիկայում ներառելու համար սովորական խնամքի համեմատ: 16 ամսից հետո բուժման խմբերի միջև գրգռվածության նվազեցման որևէ տարբերություն չկար (միջին տարբերությունը կազմել է $-2,11$, 95% CI $-4,66$ -ից մինչև $0,44$, $p=0,10$): Խնամքի տներից միայն չորսի կողմից միջամտության իրականացումը նկարագրվեց որպես վատ՝ ընթացակարգի ամբողջական կատարմամբ [141]:

Խնամողի միջամտությունները

Համակարգված ակնարկը հայտնաբերել է խնամողների միջամտություններ 27 ԿՎՓ-ներում տազնապային վիճակները կամ ագրեսիան կառավարելու հարցում համայնքում բնակվող դեմենցիա ունեցող անհատների մոտ: Միջամտությունները տարբեր կերպ սևեռված էին խնամողների գիտելիքների, հմտությունների և ազդեցությունների վրա/136/: Գոյություն ունեին ցածր որակի ապացույցներ այն մասին, որ խնամողի հմտություններին ու վարքագծին ուղղված միջամտությունները նման էին դեմենցիա ունեցող անձի մոտ գրգռվածության կամ ագրեսիայի կառավարման համար ուշադրության վերահսկման միջամտությանը: Առավելությունները ներառում էին խնամողի վստահության ավելացումը և անհանգստության նվազումը: Այս միջամտությունները ներառում էին անհատական խնամքի պլաններ մշակելու աջակցություն, սթրեսի նվազեցում, խնդիրներ լուծելու ուսուցում, հաղորդակցության, առաջադրանքների պարզեցման և դեմենցիա ունեցող անձին գործունեության մեջ ներգրավման թրիգերներ հայտնաբերելու ռազմավարությունները, սքրինինգի ժամանակի կրճատումը և հաղթահարման հմտությունների ուսուցումը:

Անհանգիստ վարքագծի ըմբռնում

Քոքրեյնի ակնարկն ուսումնասիրել է դեմենցիա ունեցող մարդկանց համար միջամտությունները, որոնք ներառում էին ֆունկցիոնալ վերլուծության մոտեցում՝ հասկանալու անհատի անհանգիստ վարքի հնարավոր նպատակը [142]:

Վերլուծությունն օգտագործվում է հիպոթեզների վրա հիմնված ռազմավարություններ մշակելու համար, որոնք օգնում են խնամողներին կամ վարձատրվող խնամողներին՝ լուծելու անհանգստացնող վարքագծի հիմքում ընկած կարիք(ներ)ը: Առաջնային արդյունքը անհանգիստ պահվածքն էր, որը չափվում էր մի շարք սանդղակների և միավորների միջոցով և ներառում էր ֆիզիկական և վերբալ ագրեսիան և դեպրեսիան: Ակնարկը բացահայտեց 18 փորձարկումներ համայնքային և բնակելի վայրերում: 14 փորձարկումներում ֆունկցիոնալ վերլուծությունը կազմեց ավելի լայն բազմաբովանդակ միջամտության մի մասը: Միջամտությունից հետո տրանսգրեսիվ վարքագծի հաճախականության վիճակագրորեն զգալի նվազում է գրանցվել (13 փորձ, ստանդարտացված միջին տարբերություն, (SMD) -0.12 , 95% CI -0.22 -ից -0.02 , $p=0.02$): Որևէ ազդեցություն չի եղել գործողությանը հետևելիս (հինգ փորձ, SMD 0.02 , 95% CI -0.15 -ից 0.20 , $p=0.79$, $n=520$): Միջամտությունից հետո կամ հետևելիս վիճակագրորեն նշանակալի ազդեցություն չի եղել խնամակալի ծանրաբեռնվածության վրա: Խնամողի արձագանքը (օրինակ՝ անհանգստություն, վրդովմունք և նեղվածություն) կրճատվել է միջամտությունից հետո (11 փորձ, SMD -0.13 , 95% CI -0.24 -ից -0.02 , $p=0.02$, $n=1,284$): Այս ազդեցությունը չի պահպանվել հետևելու ժամանակ:

Հարմարեցված գործողությունների ազդեցությունը

Քոքրեյնի ակնարկը համեմատել է սովորական խնամքը կամ ուշադրության վերահսկումը անցյալում եղած հետաքրքրությունների և նախասիրությունների վրա հիմնված հարմարեցված գործողությունների հետ, ինչպիսիք են տնային գործերը, արվեստն ու արհեստը, երգը, այգեգործությունը և խաղերը, որոնք

դեմենցիա ունեցող մարդիկ կատարում են իրենց տներում [143]: Երբ չորս ուսումնասիրությունները համակցվեցին, նկատվեց անհանգիստ վարքի չափավոր նվազում (SMD -0.44, 95% CI -0.77-ից -0.10, $p=0.01$): Այս ապացույցների բազան գնահատվել է որպես ցածր որոշակիություն ունեցող: Երկու հետազոտություն արձանագրել են կյանքի որակի փոքր-ինչ բարելավում: Նմանատիպ ակնարկ մետա-վերլուծությամբ ուսումնասիրել է անհատապես հարմարեցված գործունեության ազդեցությունը հոգեւոցիալական արդյունքների վրա երկարաժամկետ խնամքի հաստատություններում ապրող դեմենցիա ունեցող մարդկանց համար: Անհանգիստ վարքագծի արդյունքի համար իրականացվել են չորս փորձարկումներ, որոնցում համեմատություն է տարվել սովորական խնամքի հետ, իսկ երկուսը՝ ակտիվ վերահսկողության հետ: Այս պայմաններում հարմարեցված գործողություններից վիճակագրորեն նշանակալի օգուտը բացակայում էր (SMD -0.21, 95% CI -0.49-ից մինչև 0.08, $p=0.15$) [144]:

Մետա-վերլուծությունը ուսումնասիրել է հարմարեցված գործողությունների անհատականացման աստիճանի ազդեցությունը դեմենցիա ունեցող մարդկանց անհանգիստ վարքի նվազեցման հետ կապված արդյունքների վրա: Ուսումնասիրությունները վարկանշվել են որպես խիստ անհատականացված, քանզի գործողությունները հարմարեցնելու համար կիրառվել են կառուցվածքային գնահատումներ, միջամտությունները վերաբերում էին երկու կամ ավելի տիրույթներին, ինչպիսիք են նախապատվությունները և հնարավորությունները, և կիրառվել է ամբողջական ճկունություն միջամտությունը հարմարեցնելու հարցում: Հարմարեցման միջին կամ ցածր մակարդակները բնութագրվում էին կիսակազմակերպված կամ չկազմակերպված գնահատմամբ կամ առանց նկարագրության այն մասին, թե ինչպես են գնահատման արդյունքները ազդել հարմարեցման ընթացքի վրա: Հետազոտությունների ընթացքում կիրառվել են անհանգիստ վարքագծի հետ կապված մի շարք միջոցառումներ, ներառյալ CMAI-ը և NPI-ը: Ութ ուսումնասիրություններում, որոնց համար միջամտությունները դասակարգվել են որպես խիստ անհատականացված, SMD-ն անհանգիստ վարքի դեպքում կազմել է -0,52 (95% CI -0,74-ից -0,29, $p=0,001$): Վեց ուսումնասիրությունների համար, որոնք բնութագրվում էին որպես հարմարեցման միջին մակարդակ, միավորված SMD-ը կազմել է -0.38 (95% CI -0.79-ից մինչև 0.03, $p=0.071$): Նմանապես, հարմարեցման ցածր մակարդակի վեց համեմատությունների համախմբված SMD-ն վիճակագրորեն նշանակալի չէր (SMD -0.15, 95% CI -0.44-ից մինչև 0.14, $p=0.076$) [145]:

Խորհուրդներ

Երբ դեմենցիա ունեցող անձը դրսևորում է անհանգիստ վարքագիծ, հարկավոր է կատարել իրավիճակի ամբողջական գնահատում՝ ներառյալ անձի անհանգստության հիմքում ընկած հնարավոր պատճառների դիտարկումը: Կառուցվածքային և օբյեկտիվ միջոցները կարող են օգնել բացահայտելու անհանգիստ վարքագիծը: Ֆունկցիոնալ վերլուծությունը կարող է օգնել բացահայտել վարքագծի հնարավոր դրդիչները կամ պատճառները:

Դեմենցիա ունեցող անձանց անհանգիստ վարքագծի ախտանիշները կառավարելու համար կարելի է դիտարկել համապարփակ կառուցվածքային գնահատման վրա հիմնված, կարիքներին հարմարեցված գործողություններ:

Գործողությունները պետք է լինեն անհատականացված, պահպանված կարողությունների վրա կենտրոնացումով և հաշվի առնեն նախկին դերերը, հետաքրքրությունները և նախասիրությունները:

Խնամքի տներում դեմենցիա ունեցող անձանց մոտ տազնապային վիճակները և ագրեսիան կառավարելու համար կարելի է դիտարկել բազմաբաղադրիչ ծրագիր, ներառյալ անձնակազմի վերապատրաստումը, աջակցությունը և միջամտությունները, որոնք հարմարեցված են դեմենցիա ունեցող անձի կարիքներին:

Դեմենցիա ունեցող անձանց խնամողների համար կարող է դիտարկվել հատուկ հոգեկրթության և հմտությունների ուսուցում:

Բաղադրիչները կարող են ներառել՝

- խնդիրների լուծում,
- դրդապատճառների հայտնաբերում,
- անհանգիստ վարքագծի հաղթահարման ռազմավարություններ,
- սթրեսի նվազեցում,
- կոգնիտիվ կարողությունների վերակազմավորում,
- հաղորդակցման հմտություններ,
- ճգնաժամային վիճակների կառավարում:

Քնի խնդիրներ

Լուսային թերապիա. Քոքրեյնի ակնարկը ուսումնասիրել է պայծառ լույսով թերապիայի ազդեցությունը դեմենցիա ունեցող մարդկանց քնի որակի և արդյունքների վրա [146]: Վեց ուսումնասիրությունների հիման վրա՝ 10 օր և մինչև 10 շաբաթ բուժումից հետո ընդհանուր քնի վրա վիճակագրորեն նշանակալի ազդեցություն չի արձանագրվել: Քնի արդյունավետության կամ գիշերային արթնացումների քանակի վրա վիճակագրորեն նշանակալի ազդեցություն չի նկատվել:

Դեմենցիա ունեցող մարդկանց քնի խանգարումը կառավարելու համար հարկ է դիտարկել բազմաբաղադրիչ մոտեցում, որը ներառում է քնի հիգիենայի մասին ուսուցում, ցերեկային լույսի ազդեցությունը, վարժությունները և անհատականացված սոցիալական գործողությունները:

Գլուխ 7. Վիշտն ու դեմենցիան

Դեմենցիան կարող է տևել մեկ տասնամյակից ավել: Այս ընթացքում դեմենցիայով տառապող մարդիկ, նրանց ընտանիքները և խնամողները կարող են զգալ վշտի ձևեր, որոնք չեն ճանաչվել, ախտորոշվել և չեն ստացել աջակցություն [155]:

Վիշտը նորմալ երևույթ է, և վիշտ ապրող մարդկանց մեծամասնությունը հոգեբանական միջամտությունների կարիք չի ունենում, սակայն կարող է օգտվել գոյություն ունեցող ցանցերի կամ գործընկերական աջակցության խմբերի աջակցությունից [156]: Վիշտ ապրողների մի փոքր, բայց զգալի մասը զգում է բարոյ/երկարատև վիշտ [157] և կարող է օգուտ քաղել հոգեբանական միջամտություններից [158]: Եթե մարդը գտնվում է բարոյ/երկարատև վշտի վտանգի տակ կամ զգում է բարոյ/երկարատև վիշտ, ապա կարող է օգտակար լինել հոգեբանական միջամտությունը:

Ակնկալվող վիշտ

Կորստի փորձառությունը կամ «ակնկալվող վիշտը» դեմենցիա ունեցող անձանց ոչ պաշտոնական խնամողների համար սկսում են նրանցից կախյալ անձի ֆիզիկական մահից երկար ժամանակ առաջ: Անբուժելի հիվանդության ախտորոշման պահից սկսած և հիվանդության զարգացման ընթացքում հոգեկան և ֆիզիկական վիճակի վատթարացմանը զուգընթաց խնամողներն ունենում են բազմաթիվ կորուստներ [159]: «Ակնկալվող վիշտ» տերմինը նկարագրում է դեմենցիա ունեցող անձից բաժանվելու սպառնալիքը և դրա հետ կապված հոգեբանական անհանգստությունը, որը տեղի է ունենում նախքան դեմենցիա ունեցող անձի վախճանը [160]:

Ակնկալվող վիշտը կարող է զգացվել ինչպես խնամողների, այնպես էլ հիվանդության ծայրահեղ վիճակներ ունեցող անձանց կողմից [121]: Դեմենցիայով անձինք, ինչպես նաև նրանց խնամողները, դեմենցիայի զարգացման ընթացքում ունենում են բազմաթիվ կորուստներ [161]: Վաղաժամ կորուստները ներառում են կոգնիտիվ կարողությունների անկումը, օրինակ, հիշողության և հաղորդակցման ֆունկցիայի կորուստը, որին հաջորդում են անհատականության և ինքն իր համար հոգ տանելու կարողությունների անկումը: Դեմենցիայով տառապող անձի մոտ կոգնիտիվ ունակությունների անկումը մեծ ազդեցություն է ունենում խնամողների բարեկեցության վրա [121, 161, 162]: Պատահական և անկանխատեսելի պարզ գիտակցության ժամանակահատվածները կարող են դժվարացնել դեմենցիայով տառապող անձի հոգեբանական կորստի ընդունումն ու այդ փաստի հետ հաշտվելը, և այդ պահերը կարող են միաժամանակ անհանգստացնող և ողջունելի լինել խնամողների համար: Դեմենցիայով հիվանդների խնամողները կարող են զգալ սթրեսի այնպիսի աստիճան մինչև խնամք ստացողի ֆիզիկական մահը, որը հավասար է կամ ավելի մեծ, քան մահից հետո վշտի և սգի հետ կապված սթրեսը [163]:

Ակնկալվող վիշտը կարող է թույլ տալ խնամողներին պատրաստվել մահվանը և կորստին՝ խնամք ստացողի հետ մահվան մասին քննարկումների

միջոցով՝ այդպիսով փորձել լուծել հարաբերություններում առկա ցանկացած բարդություն [160]: Դեմենցիայի հետևանքով առաջացած փոփոխությունների պատճառով այս քննարկումները, ընդհանուր առմամբ, հնարավոր են, մինչև վիճակը չճանաչվի ծայրահեղ, և դեմենցիայի խնամողները կարող են բախվել ակնկալվող վշտի «ողբերգական տարբերակին» [164]:

Մահվանը նախորդող վիշտը

«Նախամահվան վիշտ» տերմինը սահմանվել է հատուկ դեմենցիա ունեցող մարդկանց խնամողների նկատմամբ կիրառելու համար [165]:

Նախամահվան վիշտը դեմենցիայի ընտանեկան խնամքի համատեքստում խնամողի հուզական և ֆիզիկական արձագանքն է խնամք ստացող նշանակալի մարդու սպասվող կորստին: Ընտանեկան խնամողները զգում են մի շարք հույզեր (օրինակ՝ վիշտ, զայրույթ, կարոտ և ընդունում), որոնք կարող են աճել և թուլանալ հիվանդության ընթացքում՝ ախտորոշման պահից մինչև կյանքի վերջը: Այս նախամահվան վիշտը պայմանավորված է խնամք ստացողների հոգեբանական մահով, որը չի համապատասխանում ֆիզիկական մահվան հետ, հիվանդության երկար և անորոշ զարգացման ընթացքով, խաթարված հաղորդակցությամբ դեմենցիա ունեցող անձի և ընտանեկան խնամողի միջև փոխհարաբերությունների որակով, ընտանեկան դերերի և խնամողի ազատության հետ կապված փոփոխություններով [165]:

Նախամահվան վիշտ և ակնկալվող վիշտ տերմինները գրականության մեջ օգտագործվում են որպես միմյանց փոխարինող եզրույթներ: Այս ուղեցույցում «ակնկալվող վիշտ» տերմինն օգտագործվում է այն ժամանակ, եթե երկու տերմիններն էլ կարող են օգտագործվել հավասար իմաստով կամ հստակ սահմանված չեն:

Նախամահվան վիշտը դեմենցիա ունեցող անձանց մոտ

Լրացուցիչ հետազոտություններ են անհրաժեշտ՝ հասկանալու համար դեմենցիա ունեցող մարդկանց նախամահվան վիշտը, քանզի չեն հայտնաբերվել ուսումնասիրություններ, որոնց ուշադրության կենտրոնում եղել են բացառապես դեմենցիա ունեցող անձինք: Մեկ որակական սինթեզ (23 հոդվածից) կենտրոնացած էր դեմենցիայով տառապող երիտասարդների (35–68 տարեկան) և նրանց խնամողների (10–78 տարեկան) մոտ դեմենցիայի առաջացման փորձի վրա [121]: Դեմենցիա ունեցող մարդիկ ունենում են վատթարացող կորուստներ՝ կապված իրենց անձնական ինքնության զգացողության հետ, ինչը կարող է հանգեցնել վշտի նմանվող զգացողությունների, և նրանք կարող են մտածել իրենց մահվան և իրենց ապագայի վրա նման ախտորոշման ազդեցության մասին [121]: Այս բացահայտումները հիմնված էին երեք առաջնային որակական հարցազրույցի ուսումնասիրությունների վրա, որոնք վերաբերում էին դեմենցիայով տառապող երիտասարդներին [166-168] (տարիքային միջակայքը՝ 35–68 տարեկան), ովքեր քննարկում էին վշտի և կորստի իրենց փորձառությունները, թեև դա չէր ուսումնասիրության հիմնական նպատակը: Հետազոտություններից երկուսը վերաբերել են Մեծ Բրիտանիային [166, 167], իսկ մեկը՝ ԱՄՆ-ին [168]: Երեք հետազոտությունն էլ եղել են բարձր որակի: Ընդհանուր առմամբ նրանք հարցազրույց են վերցրել 36 հոգուց: ԱՄՆ-ին վերաբերող ուսումնասիրությունը

[168] առաջարկում էր, որ խորհրդատվության կարիք կա, հատկապես՝ վշտի մասին խորհրդատվության, ինչպես [դեմենցիա ունեցող] անձի, այնպես էլ ընտանիքի անդամների համար»:

Առողջապահության և սոցիալական խնամքի մասնագետները պետք է տեղյակ լինեն, որ դեմենցիա ունեցող անձինք կարող են ունենալ վշտի նմանվող փորձառություններ: Դրանք կարող են վերաբերել՝

- անձնական ինքնության խորացող կորուստներին, որոնք կարող են հանգեցնել իրենց հին տեսակի վախճանի համար սգալուն,
- իրենց մահվան մասին մտածելուն,
- ապագայի իրենց ծրագրերի կորստին,
- սոցիալական դերերի, հարաբերությունների և կոմպետենտությունների կորստին:

Նախամահվան վիշտը դեմենցիայով մարդկանց խնամողների մոտ

Մի շարք որակական համակարգված ակնարկներ [121,162, 170], խառը մեթոդների համակարգված ակնարկներ և այլ ակնարկներ ուսումնասիրեցին նախամահվան վիշտ ապրող խնամողների փորձը [161, 163]: Ակնարկները ներառում էին միայն դեմենցիա ունեցող երիտասարդների և նրանց խնամողների ուսումնասիրությունները [121], և մեկը ուսումնասիրում էր միայն վաղաժամ դեմենցիա ունեցող մարդկանց խնամողներին/170/: Ուսումնասիրությունների մեծ մասը վերաբերում էր ԱՄՆ-ին:

Ակնարկները միակարծիք էին, որ խնամողների մոտ նախամահվան վիշտը կարող է սկսվել ախտորոշման պահից [121,159,161-163,170]: Թեև այն կարող է տատանվել դեմենցիայի ողջ ընթացքում, այն սովորաբար վատանում է, քանի որ դեմենցիան դառնում է ավելի ծանր, և դեմենցիայի հետ կապված կորուստները մեծանում են: Խնամողները, ամենայն հավանականությամբ, կզգան մահից առաջ վիշտը և աջակցության կարիք ունեն անցումային պահերին, ինչպես, օրինակ, ախտորոշման ժամանակ կամ բնակության վայրում խնամքի տեղափոխվելիս կամ հոսփոսային խնամքի ընդունվելիս, ինչպիսիք են և դուրս գրվելիս և դեմենցիայի վիճակի վատթարացման ժամանակ [161,162,170-172]:

Չափահաս երեխաները և ամուսինները կարող են 170-172 ձևերով վիշտ ապրել դեմենցիայի ընթացքում: Նախամահվան վշտի բնույթը կարող է ավելի դժվար լինել ամուսինների համար՝ զուգընկերոջ հետ մտերմության և ընկերակցության կորստի պատճառով, նախքան կոգնիտիվ խնդիրների զարգացումը [159,161,163]: Խառը մեթոդներով մեկ ակնարկ ենթադրում էր, որ դեմենցիայի վաղ փուլերում ամուսիններն ավելի հավանական է, որ ընդունեն ախտորոշումը և բաց ձևով քննարկեն ապագան, մինչդեռ թեթև դեմենցիայով մարդկանց խնամող չափահաս երեխաները հակված էին ժխտելու վիճակի լրջությունը: Վաղաժամ դեմենցիայով տառապող մարդկանց խնամող ամուսինների համար ընդգծվում էր ընդհանուր ապագայի կորստի վիշտը, ինչպես, օրինակ, թոշակի անցնելուց հետո ընդհանուր ծրագրերի կորուստը: Վաղաժամ դեմենցիա ունեցող անձի երեխաները կարող են վշտանալ նորմալության կորստի

պատճառով, իսկ ոմանք՝ ծնողի համար, որին նրանք երբեք «ամբողջությամբ չեն ունեցել» [170]:

Առողջապահության ոլորտի մասնագետները պետք է տեղյակ լինեն, որ դեմենցիա ունեցող մարդկանց խնամողները կարող են նախամահվան վիշտ ապրել ախտորոշման պահից սկսած և դեմենցիայի փուլերի ողջ ընթացքում, և զգուշությամբ հետաքրքրվեն այս փորձառությունների մասին՝

- նախամահվան վշտի վատթարացում դեմենցիայի խորացմանը համընթաց,
- նախամահվան վշտի վատթարացում անցումային պահերին, օրինակ, երբ դեմենցիա ունեցող անձը տեղափոխվում է երկարատև խնամքի:

Խնամողների մոտ ակնկալվող և նախամահվան վշտի գնահատումն ու չափումը

Դեմենցիայի ժամանակ նախամահվան վիշտն ունի բազմաթիվ կողմեր, որոնք կարելի է չափել՝ օգտագործելով ինքնագնահատման հարցաթերթեր: Խնամողների մոտ նախամահվան վիշտը չափելու համար մշակվել են մի շարք գործիքներ՝ ակնկալվող վիշտի տարբեր չափորոշիչների կիրառման օժանդակությամբ: Լրացուցիչ հետազոտություններ են անհրաժեշտ խնամողների մոտ ակնկալվող և նախամահվան վիշտը գնահատելու և նախամահվան վշտի գնահատման գործիքների և մեկնաբանելիության համար [173]:

Խնամողների մոտ նախամահվան վիշտը կարող է լինել տարբեր, ինչը պայմանավորված է անհատական հանգամանքներով և այն կորուստներով, որոնք խնամողները կրում են դեմենցիայի ընթացքում: Երեք ակնարկներ և մեկ բարձր որակի առաջնային ուսումնասիրություն ընդգծեցին ամբողջական և համապարփակ գնահատման անհրաժեշտությունը՝ նախքան վիշտը մեղմելուն ուղղված որևէ միջամտություն կամ աջակցություն առաջարկելը [159,162,163,171]: Դեմենցիա ունեցող մարդկանց խնամողների համար դժվար է «ճանաչել» և խոսել նախամահվան վշտի իրենց փորձառության մասին [174]: Կարևոր է համապատասխան ներգործական ռազմավարությունների մանրազնին դիտարկումը, քանի որ հաղթահարման ռազմավարությունները, օրինակ, վշտից խուսափումը և խնամք ստացողից հեռու մնալը, կարող են պաշտպանել խնամողին՝ հնարավորություն տալով նրան հաղթահարել խնամքի հետ կապված և առօրյա խնդիրները [162,174]:

Առողջապահական մասնագետները պետք է առաջարկեն խնամողների ամբողջական գնահատում, որը ներառում է նախամահվան վիշտը, հաշվի առնելով համապատասխան կառավարման և միջամտության ռազմավարությունները:

Խնամողների մոտ նախամահվան վիշտն ու դեպրեսիան

Խնամողների դեպրեսիան աճում է ակնկալվող վշտի աճին զուգահեռ [161]: Սինգապուրում դեմենցիա ունեցող մարդկանց խմբի հետ իրականացված համախմբված ուսումնասիրությունը, որ բաղկացած էր խնամող ամուսիններից (20%) և չափահաս երեխաներից (80%), պարզել է կապը խնամողի վշտի և դեպրեսիվ ախտանիշների միջև՝ ցուցադրելով դեպրեսիայի գնահատման

սանդղակի 5,76 կետով աճով յուրաքանչյուր ստանդարտ շեղման աճի համար ըստ Marwit–Meuser Caregiver Grief Inventory (MM-CGI) հարցաշարի (95% CI 4.20-ից մինչև 7.32) $p < 0.001$): Նախամահվան վիշտը կարող է ավելի վատ ազդեցություն ունենալ բարեկեցության վրա և կապված լինել ավելի ծանր արդյունքների հետ, քան խնամողների դեպրեսիան [175]:

Թեև նախամահվան վիշտը կարող է կապված լինել դեպրեսիայի հետ, դրանք համարժեք չեն [161,165]: ԱՄՆ-ում երկու միջսեկտորային հետազոտություններ ցույց են տվել, որ այն, ինչ այս խմբում թվում է կլինիկական դեպրեսիա, երբեմն կարող է լինել նախամահվան վիշտ: Սինգապուրում իրականացված կոհորտային հետազոտությունը ցույց է տվել, որ նախամահվան վիշտը, ամենայն հավանականությամբ, կազդի խնամողի բարեկեցության վրա՝ նրան ծանրաբեռնելով այլ մեխանիզմի միջոցով, և խնամողների ծանրաբեռնվածության ներկայումս իրականացվող բուժումները կարող են հաշվի չառնել վշտի ազդեցությունը և նույնիսկ ավելի վատթարացնել այն [175]:

Առողջապահության և սոցիալական խնամքի մասնագետները պետք է տեղյակ լինեն, որ դեմենցիա ունեցող մարդկանց խնամողների մոտ առաջացած վիշտը.

- կապված է դեպրեսիայի հետ, և պետք է զգույշ լինել՝ խուսափելու դեպրեսիայի սխալ ախտորոշումից. խնամողների բեռի և դեպրեսիայի բուժումը չի կարող ուղղակիորեն հասցեագրվել նախամահվան վիշտին,
- կարող է անհանգստացնող և ուժերը կլանող լինել և ազդեցություն ունենալ բարեկեցության վրա:

Վիշտն ու դեպրեսիան կարող են առաջանալ միաժամանակ, և վիշտը չպետք է խանգարի խնամողին ստանալ դեպրեսիայի համար բուժում:

Նախամահվան վիշտ ապրող խնամողներին աջակցության և կառավարման մոտեցումները

Գոյություն ունի ապացույց, որ խնամքի մասնագետները պետք է աջակցություն առաջարկեն խնամողներին և ընտանիքի անդամներին, ինչպես նաև դեմենցիայով տառապող անձին, ներառյալ կորստի և վիշտը հաղթահարելու հմտությունների զարգացմանը ուղղված միջամտությունները: Բուժքույրական անձնակազմը այն մասնագետներն էին, որոնք առավել հաճախ ներկայացվում էին որպես աջակցության ակտիվ տրամադրողներ՝ նպատակ ունենալով օգնել խնամողներին հաղթահարել դեմենցիայի և վշտի հոգեւոցիալական ասպեկտները [162,165,170,171]:

Գոյություն ունի մահվանից առաջ (և հետո) վիշտ ապրող խնամողների գնահատման և աջակցության ոլորտում մասնագետների ուղղորդման և ուսուցման պակաս [159,161,162,165,170,171]: Առանց գիտելիքների և հմտությունների հստակ շրջանակի կամ ապացույցների վրա հիմնված ուղղորդում՝ խնամողների վշտին ուղղված աջակցությունը հաճախ կախված է կիրառվող պրակտիկայից և նկարագրությունից և մասնագետների փորձից [171]: Որակական սխիթեզն առաջարկում է. «Մասնագետների համար ուսուցումը կարող է օգնել նրանց բացահայտել վիշտ զգացող խնամողներին և ապահովել խնամողների

համար իրենց վիշտը քննարկելու համար համապատասխան հարթակ, հետևաբար նվազեցնելով մեկուսացումը և խարանը» [162]:

Ոչ կամայական վերահսկվող փորձարկման շրջանակներում ուսումնասիրվել է վշտի կառավարման խորհրդատվական միջամտության ազդեցությունը, որն իրականացվել է մի շարք ձևաչափերով (դեմ առ դեմ, անհատական, խմբային, հեռախոսով կամ առցանց) դեմենցիայի ժամանակ խնամքի ոլորտում մեծ գիտելիքներ և փորձ ունեցող խորհրդատուների կողմից: Արդյունքները ցույց են տալիս, որ հմուտ և բանիմաց բժիշկների կարողությունները դեմենցիայի խնամքի և վշտի հարցում առանցքային նշանակություն ունեն խորհրդատվական միջամտությունը յուրաքանչյուր մասնակցի կարիքներին հատուկ հարմարեցնելու համար [176]:

Ոլորտները, որտեղ կարող էր կենտրոնանալ նախամահվան վշտի մասնագիտական աջակցությունը, ներառում են.

- հոգեկրթություն հիվանդության զարգացման ընթացքի, խնամքի հմտությունների և ինքնօգնության ռազմավարությունների վերաբերյալ [159,165,172,174]
- ներգրավում այլ հարաբերությունների և գործունեության մեջ [158,162,170]
- հետևողական սոցիալական աջակցության ստացում խնամք ստացողի մահվանից առաջ և հետո [158,159,161,162]
- կոգնիտիվ-վարքաբանական աջակցության ռազմավարություններ [172,174,177,178]:

12 հանդիպումից բաղկացած հեռախոսային CBT ծրագրի ԿՎՓ-ն չի հանգեցրել նախամահվան վիշտի բարելավմանը 6-ամսյա ծրագրի ավարտին, սակայն չափավոր օգուտ է գրանցվել հետագա 6 ամիս շարունակումից հետո ($p=0003$) [178]: Ծրագիրը ներառում էր փոփոխությունների, կորստի և վշտի մասին մոդուլ՝ ուղղված բացասական հույզերի ճանաչմանը և ընդունմանը, հարաբերությունների վերաիմաստավորմանը և հոգեկրթությանը դեմենցիայով տառապող մարդու վախճանին նախապատրաստման շուրջ: Մեթոդները հարմարեցվել են յուրաքանչյուր խնամողի կարիքներին՝ ստեղծելով խիստ անհատականացված բուժման ծրագիր: Հանդիպումներն անց են կացվել կլինիկական հոգեբանների կողմից: Մոդուլում վիշտը ընկալվում էր որպես «խնամողի փորձառության նորմալ և տեղին արձագանք հիվանդության ընթացքին»: Այն խնամողները, որոնք շարունակել են խնամք ապահովել տան պայմաններում, ունեցել են ավելի մեծ անկում նախամահվան վշտի իմաստով, քան նրանք, ում խնամք ստացողը տեղափոխվել էր խնամքի տրամադրման հաստատություն: Հեղինակներն առաջարկում են, որ միջամտության խմբում ընդգրկված խնամողները ժամանակի ընթացքում ավելի ունակ են եղել հաշտվել իրենց վշտի հետ, քան վերահսկիչ խմբի անդամները [178]:

Մեկ այլ փոքր ԿՎՓ-ն օգուտ է քաղել վշտի միջամտության ծրագրից [177]: Բարելավումներ են նկատվել վշտի հետ կապված հույզերի ախտանիշներում (հուզական ցավ $p=0.011$) և ապագա կորստի հետ կապված իմաստի կորստի և հուսահատության զգացումների մակարդակի նվազում (բացարձակ կորստի

սանդղակ $p=0.029$), որն աճել է վերահսկիչ խմբում: Միջամտությունը հիմնված էր խորը վշտի համար ստեղծված վշտի միջամտության ծրագրի վրա: Կատարվել են ադապտացումներ՝ խնամողների վշտի ընթացքում օգտագործելու համար: Ծրագրում չէին կարող ընդգրկվել այնպիսի մասնակիցներ, որոնք այդ պահին ստանում էին հոգեբանական կամ հոգեբուժական օգնություն: Այն հիմնված էր CBT մոդելի վրա և ներառում էր նաև միջանձնային թերապիայի տեխնիկա և մոտիվացիոն միջամտություն: Հանդիպումները վարում էր դեմենցիայով անձանց խնամքի գծով մասնագետը: Հինգ կամ վեց մասնակիցներից բաղկացած դեմ առ դեմ խմբերը մասնակցեցին 10 շաբաթվա ընթացքում 90 րոպե տևողությամբ հանդիպումներին: Այնուամենայնիվ, դեպքեր ուսումնասիրողները նույնպես վարել են խմբային նիստերը, և մասնակիցների ընտրության պատահականության սկզբունքը պարզ չէր [177]:

Ալցիայների հիվանդություն կամ դեմենցիա ունեցող մարդկանց վիշտը կառավարելու խորհրդատվությունը զգալիորեն նվազեցրեց վիշտը ($p=0.003$), որը չափվում է MM-CGI-ով [176]: Միջամտության խումբը ստացել է միջինը վեց 1 ժամ տևողությամբ քուլչինգի (խորհրդատվության) հանդիպում; անհրաժեշտ սեանսների քանակը որոշվել է ըստ մասնագետների գնահատման: Հանդիպումների բովանդակությունը ներառում էր անցումներ, վշտի չափումներ, վշտի հետ ապրելու, վիշտը հարգելու քննարկումներ, ինքնակառավարման պահպանում և սթրեսակայունության բարձրացում: Ծրագիրն իրականացվել է գրանցված կլինիկական հոգեբանների կողմից, ովքեր մեծ գիտելիքներ և փորձ ունեն խորհրդատվության ոլորտում: Հեղինակները առանձնացրել են այն որպես թերապիայից տարբերվող գործընթաց: Առաջարկվել են երկու հաջորդական հանդիպումների շարքեր: Վերահսկվող խմբին ($n=77$) հորդորվեց մասնակցել բոլոր առկա կրթական և աջակցության ծրագրերին [176]:

Ոչ կամայական վերահսկվող իրագործելիության հետազոտությունը ցույց է տվել կարճատև օգուտներ խմբային բազմաբաղադրիչ քրոնիկ վշտի կառավարմանն ուղղված միջամտությունից: Ամիջապես 3-ամսյա միջամտության ժամանակահատվածից հետո նկատվեց բարելավում վերահսկվող խմբի համեմատ հոգեցունց տխրության և կարոտի շուրջ, բայց ոչ մի տարբերություն հետազոտական խմբերի միջև անձնական գոհաբերության, բեռի, անհանգստության կամ մեկուսացման զգացումների մասով: Ելակետային պահից 6 ամսվա ընթացքում հետազոտական խմբերի միջև էական տարբերություններ չեն նկատվել: Միջամտությունը ներառում էր 12 հանդիպումից բաղկացած խմբային բազմաբաղադրիչ քրոնիկական վշտի կառավարման միջամտություն դեմենցիա ունեցող մարդկանց առաջնային խնամողների համար, ովքեր վերջին տարում տեղափոխվել էին խնամքի հաստատություն: Մասնագետ բուժքրոջ կողմից մատուցված ծրագիրը կենտրոնացած էր ավելի զարգացած փուլերում դեմենցիայի, հաղորդակցության և վշտի մշակման մասին գիտելիքների բարելավման վրա, ներառյալ կորուստների և բաժանման ճանաչման և մշակման, հին հարաբերություններից հրաժարվելու և նոր կապերին հարմարման ու դրանց հետ հաշտվելու վրա: Այն նաև անդրադարձավ կոնֆլիկտների լուծմանը և քրոնիկական վշտին ու դեպրեսիային [180]: Միջամտության խմբի միջին ելակետային չափումը չի ենթադրում, որ նրանք բարդ վիշտ են ապրում, բայց

մեծամասնությունը այս չափումով գտնվում է «ընդհանուր արձագանք վշտին» տիրույթում:

Կարևոր է հաշվի առնել, թե արդյոք միջամտությունները և մոտեցումները ուղղված են վիշտին, որը զգացվում է որպես նորմալ գործընթաց դեմենցիա ունեցող անձին խնամելու համատեքստում, թե՛ անհատը բարդ վիշտ է ապրում, որը կհամապատասխանի երկարատև վշտի խանգարում ICD-11 ախտորոշման չափանիշներին: Հետազոտությունների միջամտություններից բոլորը կենտրոնացած էին մասնակիցների վրա, ովքեր չեն գնահատվել որպես բարդ վիշտ ունեցող:

Մեկ բարձր որակի ԿՎՓ-ն [178] ընդգծեց, որ վիշտը նորմալ արձագանք է խնամողների համար:

Հետազոտությունը անցկացվել է դեմենցիա ունեցող մարդկանց խնամողների շրջանում՝ որպես ավելի մեծ ծրագրի մաս, որն ուղղված էր վշտի հաղթահարմանը: Այն մարդկանց համար, ովքեր ապրում են նորմալ (բնական) վիշտ, այս մոտեցումը կարող է լինել ավելի գործնական և իրագործելի միջամտության ձև [178]:

Միայն մեկ ուսումնասիրություն է հաղորդում վնասների մասին, որտեղ Սինգապուրում խնամողների ծրագիրը (ներառյալ վերապատրաստման սեմինարները և խնամողների աջակցության խմբերը) վատթարացրել է նախամահվան վշտի ազդեցությունը: Հեղինակները ենթադրում էին, որ «հույզերի սովորական ուսումնասիրությունը աջակցող խմբերում, հատկապես բարձր վշտով խնամողների շրջանում և զգացմունքները պատշաճ կերպով չմշակվելը կարող է պոտենցիալ կերպով ճնշել խնամողներին» և խորացնել վշտի ազդեցությունը [175]: Վնասներ են արձանագրվել նաև նախամահվան վշտի գնահատման ժամանակ:

Առողջապահության և սոցիալական խնամքի մասնագետները պետք է ուսուցում ստանան դեմենցիա ունեցող անձանց խնամողների մոտ նախամահվան վիշտը գնահատելու և նրանց աջակցելու վերաբերյալ:

Նախամահվան վշտի գնահատման, աջակցության և կառավարման մոտեցումները պետք է կենտրոնանան խնամողների և ընտանիքի անդամների, ինչպես նաև դեմենցիայով անձանց վրա և կարող են ներառել կորուստը և վիշտը հաղթահարելու հմտություններ:

Դեմենցիայով ապրող անձանց խնամողների մոտ նախամահվան վշտի ազդեցությունը նվազեցնելու համար խնամողների հետախտորոշիչ աջակցությունը կարող է ներառել հոգեկրթություն՝ օգտագործելով կոգնիտիվ հիմքերով մոտեցումներ վշտի և կորստի դերի վրա, ադապտացվելու համար դեմենցիայով անձին խնամելուն, իսկ ավելի ուշ՝ կորստի համար սգալուն՝ որպես խնամակալներին աջակցելու ավելի լայն ծրագրի մաս: Միջամտությունները պետք է անհատականացվեն խնամողների կարիքներին համապատասխան՝

- պետք է հաշվի առնել առկա, առցանց կամ հեռախոսային, անհատական և խմբային մատուցման եղանակները:

Վշտի հոգեթերապևտիկ աջակցությունը պետք է տրամադրվի հոգեբանական մոտեցումներով ուսուցանված բժշկական պրակտիկա

իրականացնողների կողմից, ովքեր ունեն փորձագիտական գիտելիքներ և փորձ՝ աշխատելու դեմենցիա ունեցող անձանց և նրանց խնամողների հետ:

Ծանր կորստից հետո դեմենցիայով մարդկանց աջակցության տրամադրում

Բացահայտվել են երեք որակական հետազոտություններ, որոնք նկարագրել են դեմենցիայով տառապող մարդկանց փորձը ամուսնու, հարազատի կամ ընկերոջ մահից հետո [171, 181, 182]: Երեքն էլ հիմնվում են դեմենցիա ունեցող մարդկանց փորձառությունների մասին խնամողների կամ մասնագետների նկարագրությունների վրա:

Հետազոտությունները եզրակացնում են, որ կոգնիտիվ և հիշողության կորստի պատճառով, դեմենցիայով անձինք բախվում են վշտի ավելի բարդ գործընթացի: Թեթև և չափավոր դեմենցիայով անձանց մոտ կոգնիտիվ և հիշողության խանգարումը կարող է հանգեցնել մահվան վերապրմանը ամեն անգամ, երբ նրանց ասում են, որ իրենց սիրելին մահացել է: Մահվան մասին տեղեկատվության պահպանման դժվարությունը և վիշտը վերապրելը կարող է հանգեցնել գրգռվածության, անհանգստության, դեպրեսիայի, վարքային խնդիրների և շփոթության, ինչը նաև անհանգստացնող է խնամողների համար:

Դեմենցիայով մարդկանց խնամողների մոտ ծանր կորստից, երկարատև և խորը վշտից հետո առաջացած վիշտը

«Խորը/բարդ վիշտ» տերմինն օգտագործվել է նկարագրելու համար այն վիշտը և դրա հետ կապված ցավալի հույզերը, որոնք անսովոր կերպով մշտապես շարունակվող են և զրկում են գործելու որևէ ունակությունից, սակայն համախտանիշը պատշաճ կերպով սահմանված չէ [161]: Այն մշտական և համատարած վշտի արձագանք է, որը բնութագրվում է հանգուցյալի համար կարոտով կամ մահացածի համար մշտական ապրումներով, որն ուղեկցվում է ուժեղ հուզական ցավով (օրինակ՝ մեղքի զգացում, տխրություն, զայրույթ, ժխտում և մեղադրում): Վշտին արձագանքը պահպանվում է ավելի քան 6 ամիս և առաջացնում գործունեության զգալի խանգարում (անձնական, ընտանեկան, սոցիալական, կրթական, մասնագիտական և այլն):

Սիրելի մահից հետո վիշտը նորմալ ռեակցիա է, սակայն դեմենցիա ունեցող մարդկանց խնամողները հաճախ ենթարկվել են հուզական անհանգստության և բազմաթիվ կորուստների տևական ժամանակահատված, որոնք կապված են եղել դեմենցիա ունեցող անձի անխուսափելի վախճանի հետ: Թեև հիվանդի մահվանից հետո շատ խնամողներ հայտնել են թեթևության զգացման մասին, ի նկատի ունենալով դեմենցիա ունեցող անձի տառապանքների և խնամքի պարտականությունների ավարտը, որոշ մարդկանց մոտ այդ հույզերը բարդացել են մեղքի զգացման և կորստի պատճառով [162]:

Առողջապահության և սոցիալական խնամքի մասնագետները պետք է տեղյակ լինեն դեմենցիա ունեցող մարդկանց մահից հետո բարդ կամ երկարատև վշտի վտանգի մասին:

Առողջապահության և սոցիալական խնամքի մասնագետները պետք է տեղյակ լինեն, որ բարդ կամ երկարատև վշտի փորձը կարող է ավելի հավանական լինել խնամողների մոտ՝

- ովքեր ամուսիններ են,
- երբ դեմենցիա ունեցող անձը տնային միջավայրից տեղափոխվում է երկարաժամկետ խնամքի,
- ովքեր զգացել են մեղքի, դեպրեսիայի, սոցիալական աջակցության պակասի և խնամքի հետ կապված ավելի մեծ բեռի բարձր մակարդակ:

Դեմենցիայի վերաբերյալ համապատասխան գիտելիքներ, հմտություններ և փորձ ունեցող պրակտիկանտները, որոնք սահմանված են Դեմենցիայի գերազանցության շրջանակում, կարող են հոգեբանական մոտեցումներ ցուցաբերել՝ օգնելու բարդ վիշտ ապրող մարդկանց: Պետք է հաշվի առնել ինչպես կանոնադրական, այնպես էլ ոչ կանոնադրական մարմինների կողմից առաջարկվող տեղական ծառայությունները, ինչպես նաև այդ ծառայություններից օգտվելու խնամողների անհատական նախապատվությունները:

Դեմենցիայի վերաբերյալ համապատասխան գիտելիքներ, հմտություններ և փորձ ունեցող բժշկական պրակտիկա իրականացնողները, որոնք սահմանված են դեմենցիայի ասպարեզում գերազանցության խորախուսման շրջանակում, կարող են տրամադրել հոգեբանական մոտեցումներ, օգնելու համար բարդ վիշտ ապրող մարդկանց: Պետք է հաշվի առնել ինչպես պետական, այնպես էլ ոչ պետական հատվածների կողմից առաջարկվող տեղական ծառայությունները, ինչպես նաև այդ ծառայություններից օգտվելու՝ խնամողների անհատական նախապատվությունները:

Պալիատիվ և կյանքի մայրամուտին տրամադրվող խնամքի մոտեցումները

Առաջին օղակի բուժաշխատողների շրջանում գոյություն ունի պալիատիվ խնամքի մասին ըմբռնման պակաս, ինչը կապված է դեմենցիայի խորացված խնամքի մասին կրթական հնարավորությունների բացակայությամբ [190, 191]:

Պալիատիվ խնամքը սահմանվում է որպես «մոտեցում, որը բարելավում է հիվանդների և նրանց ընտանիքների կյանքի որակը, ովքեր բախվում են կյանքին սպառնացող հիվանդության հետ կապված խնդիրների՝ տառապանքը կանխելու և թեթևացնելու միջոցով ցավի և այլ ֆիզիկական, հոգեւոցիալական և հոգևոր խնդիրների վաղ հայտնաբերման, գնահատման և բուժման միջոցով» [193]:

Պալիատիվ խնամքի եվրոպական ասոցիացիան (EAPC) փորձ է արել սահմանել դեմենցիայի դեպքում օպտիմալ պալիատիվ խնամք՝ անցկացնելով հինգ փուլից բաղկացած Delphi հետազոտությունը, որին մասնակցել են 64 փորձագետներ 23 երկրներից [196]: Այն տրամադրեց ապացույցների և կոնսենսուսի վրա հիմնված դեմենցիայի դեպքում պալիատիվ խնամքի առաջին սահմանումը և ներկայացրեց կոնսենսուսի վրա հիմնված շրջանակ, որը բաղկացած է 11 տիրույթներից և 57 առաջարկություններից՝ ուղեցույց,

տրամադրելու կլինիկական պրակտիկայի, քաղաքականության և հետազոտությունների համար: Վերջնական 11 տիրույթներն էին.

- պալիատիվ ինսամբի կիրառելիությունը,
- մարդակենտրոն հաղորդակցությունը և ընդհանուր որոշումների կայացումը,
- ինսամբի նպատակների սահմանումը և նախահարձակ պլանավորումը,
- ինսամբի շարունակականությունը,
- մահվան կանխատեսումը և ժամանակին ճանաչումը,
- խուսափումը չափազանց ագրեսիվ, ծանրաբեռնված կամ անարդյունք բուժումից,
- ախտանիշների օպտիմալ բուժումը և հարմարավետության ապահովումը,
- հոգեցոցիալական և հոգևոր աջակցությունը,
- ընտանիքի ինսամբը և ներգրավվածությունը,
- առողջապահական թիմի կրթումը,
- սոցիալական և էթիկական խնդիրները [196]:

Ախտորոշումից հետո դեմենցիայով ապրող մարդկանց պետք է առաջարկել կարիքների վրա հիմնված ճկուն պալիատիվ ինսամբ, որը հաշվի է առնում դեմենցիայի առաջընթացի անկանխատեսելիությունը:

Դեմենցիայով ապրող մարդկանց համար, ովքեր մոտենում են կյանքի մայրամուտին, պետք է օգտագործել ակնկալվող առողջապահական պլանավորման գործընթացը: Հնարավորինս պետք է ներգրավել անձին և նրա ընտանիքի անդամներին կամ ինսամբողներին և օգտագործել լավագույն շահերից բխող սկզբունքները որոշումներ կայացնելիս, եթե անձը չունի իր ինսամբի վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու կարողություն:

Յուրաքանչյուր անցումից հետո հարկավոր է վերանայել անձի կարիքներն ու ցանկությունները (ներառյալ ինսամբի և աջակցության ցանկացած պլանը և խորացված ինսամբի և աջակցության ծրագրերը):

Կյանքի մայրամուտի սահմանումը

Դեմենցիայի ինսամբի կանխատեսումը բարդ է. դժվար է նույնականացնել կամ կանխատեսել հավանական մահը [189]: Խառը մեթոդներով համակարգված ակնարկը ցույց տվեց, որ կյանքի վերջի վերաբերյալ սահմանումները տարբերվում էին 33 ներառված ուսումնասիրություններում [195]: Այս ուսումնասիրություններն ընդգրկել են մի շարք նախագծեր (կոհորտային $n=13$, որակական $n=8$, ԿՎՓ $n=5$, գնահատման նախագծեր $n=4$, խառը մեթոդներ $n=2$, կվազի-փորձարարական $n=1$) և ծագման երկրներ (ԱՄՆ $n=15$, Մեծ Բրիտանիա $n=5$, Եվրոպա $n=3$, այլ միջազգային $n=8$): Ուսումնասիրություններն իրականացվել են ծերանոցներում ($n=21$), հիվանդանոցում ($n=7$), հոսփիսում ($n=1$) և տանը ($n=1$)՝ երկուական ուսումնասիրություններով, որոնք անցկացվել են մեկից ավելի միջավայրերում

(տուն և ծերանոց կամ հիվանդանոց և ծերանոց): 33 ուսումնասիրություններից 30-ում օգտագործվել են ութ տարբեր վավերացված գործիքներ՝ բացահայտելու համար դեմենցիայով ապրող մարդկանց, ովքեր մոտենում էին կյանքի ավարտին, իսկ ինը ուսումնասիրություններ օգտագործել են երկու կամ երեք սանդղակներ՝ միմյանց փոխարինելով նույն հետազոտության շրջանակներում: Օգտագործված գործիքներն են Գլոբալ վատթարացման սանդղակը, Կոգնիտիվ կատարողականի սանդղակը, Ֆունկցիոնալ գնահատման սքրինինգի գործիքը, MMSE, Ֆունկցիոնալ անկախության միջոցը, Կլինիկական դեմենցիայի վարկանիշը, Ավստրալիայի կողմից փոփոխված Կամֆսկու կատարողականի կարգավիճակը և Ֆունկցիոնալ ինքնավարության չափման համակարգը: Ամենից հաճախ օգտագործվող գործիքը առաջնային դեգեներատիվ դեմենցիայի գնահատման գլոբալ վատթարացման սանդղակն էր (GDS), որը գնահատում է կոգնիտիվ կարողությունները՝ սահմանելով միջին ծանրության դեմենցիայի համար 5, իսկ ծանր դեմենցիայի համար՝ 7 միավոր: Երկրորդ առավել հաճախ օգտագործվող գործիքը Ֆունկցիոնալ գնահատման սքրինինգի գործիքն էր, որը կենտրոնանում է ֆունկցիոնալ փուլերի վրա՝ սկսած 6ա-ից (պահանջվում է ֆիզիկական օգնություն հագնվելիս) մինչև 7ա (գլոխը վերև պահելու անկարողություն): Այս համակարգված ակնարկի շրջանակներում մեկ ուսումնասիրություն [195] առաջարկեց գնահատել դեմենցիայից մահացող մարդկանց տառապանքի մակարդակը՝ տառապանք համարելով հոգեբանական անհանգստության վիճակը, հոգևոր մտահոգությունները և ֆիզիկական ցավի տարբեր դրսևորումները: Նրանք ուսումնասիրել են դեմենցիայի տերմինալ վիճակում գտնվող մարդկանց տառապանքը գերիատրիկ բաժանմունք ընդունվելուց մինչև կյանքի վերջին օրը, և պարզել են, որ զարգացած դեմենցիայով տառապող մարդկանց 63%-ը մահանում է տառապանքի բարձր մակարդակով և ունենում գոյատևման ավելի կարճ ժամանակ [198]: Ընդհանուր առմամբ, համակարգված ակնարկը եզրակացրեց [195], որ անհատի ամբողջական կարիքները հաշվի չեն առնվել: Բացահայտվել են երեք հիմնական կետեր.

1. «Դեմենցիայի ժամանակ կյանքի վերջը սահմանելու համար գոյություն ունեցող միջոցների սահմանափակումները». գոյություն ունի կյանքի վերջը սահմանելու այլընտրանքային միջոցների անհրաժեշտություն, քանի որ ճանաչողական և ամբուլատոր ֆունկցիայի վրա հիմնված ներկայիս միջոցներն անարդյունավետ էին դեմենցիայի ժամանակ կյանքի վերջը բացահայտելու համար (հիմնված է վեց ուսումնասիրությունների վրա):
2. «Ընտանեկան գիտելիքներ», որը ցույց է տալիս, որ ընտանեկան ինամոդները չեն պատկերացնում, որ դեմենցիայով ապրող մարդիկ կարող են մահանալ դեմենցիայից:
3. «Անձնակազմի գիտելիքներ». պարզվեց, որ առողջապահական ոլորտի մասնագետները նույնպես սահմանափակ գիտելիքներ ունեին դեմենցիայով տառապող մարդկանց կյանքի ավարտի մասին [195]:

Առողջապահական ոլորտի մասնագետները պետք է տեղյակ լինեն, որ դեմենցիա ունեցող անձանց կյանքի վերջը սահմանելու գոյություն ունեցող միջոցները, որոնք հիմնված են կոգնիտիվ և ամբուլատոր ֆունկցիաների վրա, կարող են անարդյունավետ լինել և չճանաչել կյանքի վերջում չբավարարված

կարիքները: Առողջապահական ոլորտի մասնագետները պետք է կենտրոնանան անհատի կարիքների վրա և չդիտարկեն կյանքի վերջն ըստ հիվանդության փուլի սահմանման: Դեմենցիա ունեցող մարդկանց ընտանիքը և խնամողները պետք է ստանան կրթություն՝ հասկանալու համար, թե ինչպես կարող է դեմենցիան դառնալ մահվան պատճառ: Առողջապահության ոլորտի մասնագետները և նրանք, ովքեր ներգրավված են դեմենցիա ունեցող անձանց խնամքի մեջ, պետք է տեղյակ լինեն, որ պալիատիվ խնամքը շարունակվում է ախտորոշման պահից մինչև կյանքի վերջը:

Խորացված և նախահարձակ կամ ապագա խնամքի պլանավորում

Նախահարձակ խնամքի պլանավորումը սահմանվում է որպես գործընթաց, որը «հնարավորություն է տալիս անհատներին սահմանել ապագա բուժման և խնամքի նպատակներն ու նախապատվությունները, քննարկել այդ նպատակներն ու նախապատվությունները ընտանիքի և առողջապահական ծառայություններ մատուցողների հետ, և անհրաժեշտության դեպքում, արձանագրել այդ նախապատվությունները» [205]: ՆԽՊ-ի քննարկումները, որոնք ներառում են դեմենցիա ունեցող մարդկանց, կարող են ներառել գրույցներ մի շարք թեմաների շուրջ, ներառյալ, բայց չսահմանափակվելով բժշկական միջամտության և բուժման ընդունելի մակարդակներով, արհեստական խոնավեցման և կերակրման կիրառմամբ, կենսապահովման հրատապ միջամտությունների շրջանակով և խնամքի ապահովման վայրի և տեսակի շուրջ նախապատվություններով [210]:

Ոչ ֆորմալ խնամակալները, ներառյալ ընտանիքի անդամները, կարևոր դեր են խաղում դեմենցիա ունեցող անձին աջակցելու հարցում՝ զարգացնելով մարդակենտրոն ՆԽՊ-ն: Հարկ է ընդունել, որ գոյություն ունեն որոշ ապացույցներ, որ կարող է լինել միայն ցածրից մինչև միջին մակարդակի համաձայնություն անձի իրական խնամքի, բուժման նախապատվությունների և ընտանիքի կողմից ստանձնածների միջև [211]: Դեմենցիայի զարգացմանը համընթաց, մարդիկ կարող են կորցնել ապագա առողջապահական տարբերակների վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու կարողությունը: ՆԽՊ-ն թույլ է տալիս անձին նշել, թե ինչպես է նա ցանկանում կամ չի ցանկանում, որ իր հետ վարվեն, և ինչ նա կցանկանար, որ տեղի ունենար, երբ նա ի վիճակի չլինի նման ցանկություններ արտահայտելու: Այնուամենայնիվ, ՆԽՊ-ի շրջանակներում արտահայտված ցանկությունների իմաստով միշտ կարևոր է համոզվել, թե որքանով է հավաստի, որ այդ ցանկությունները արտահայտվել են հիվանդի կողմից, և որ նա կստանա դրանք ճիշտ ժամանակին:

Պետք է տալ վաղ և շարունակական հնարավորություններ դեմենցիայով ապրող անձանց և նրանց խնամքի մեջ ներգրավված անձանց՝ քննարկելու համար նախասիրությունները, համոզմունքներն ու արժեքները՝ կապված իրենց ապագա խնամքի հետ, բուժումից հրաժարվելու նախնական որոշումները, խնամքի վայրի և մահվան վայրի հետ կապված նախապատվությունները: Բացատրել, որ նրանց հնարավորություն կտրվի վերանայելու և փոփոխելու իրենց կողմից ընդունված նախնական հայտարարություններն ու որոշումները:

խնամքի յուրաքանչյուր վերանայման ժամանակ պետք է տալ հնարավորություն վերանայել և փոխել մինչ այդ իրենց կողմից ընդունած հայտարարություններն ու որոշումները:

Հիվանդության զարգացմանը զուգընթաց, կարող են նվազել հաղորդակցման հմտությունները, և որոշումներ կայացնելու կարողությունը կարող է կորել՝ նվազեցնելով կամ վերացնելով դեմենցիայով տառապող անձի անմիջական ներգրավվելու հնարավորությունները: Եթե կամ երբ դա տեղի է ունենում, խնամքի և բուժման վերաբերյալ որոշումների կայացման մեջ կարող են ներգրավվել որոշում կայացնող վստահված անձինք:

Ե՞րբ պետք է տեղի ունենա նախահարձակ խնամքի քննարկումը

Ուղեցույցների մեկ ակնարկում առաջարկվում է սկսել ՆԽՊ-ի քննարկումները որքան հնարավոր է շուտ և ինտեգրել դրանք ամենօրյա խնամքի մեջ. իդեալական կլինի, եթե դա արվի նախքան կոգնիտիվ անկման ակնհայտ դառնալը [213]: Այնուամենայնիվ, ամենավերջին ընդհանրական ակնարկը ցույց տվեց համաձայնության բացակայությունը պատշաճ ժամանակի վերաբերյալ [214], որտեղ ոմանք առաջարկում էին ակնարկներ, որոնք խորհուրդ էին տալիս դա անել ախտորոշումից անմիջապես հետո, իսկ մյուսները խորհուրդ էին տալիս մարդկանց ժամանակ տրամադրել նախապես դեմենցիայի ախտորոշմանը ծանոթանալու համար: Համապատասխանություն կա, որ ՆԽՊ-ն կարող է մեկնարկել ի պատասխան այնպիսի դրդապատճառների, ինչպիսիք են ախտորոշումը, առողջական վիճակի կամ բնակության վայրի փոփոխությունը: Հետևողականություն է նկատվում նաև այն հարցում, որ այն պետք է լինի մարդակենտրոն և հարմարեցվի դեմենցիա ունեցող անձի կարիքներին: Բացի այդ, այն կարող է տեղի ունենալ մի շարք բանակցությունների ընթացքում՝ հնարավորություն տալով պարզաբանումների, արտացոլումների և փոփոխվող կարիքների թարմացումների քննարկմանը: Ընտանիքների համար ՆԽՊ-ի քննարկումներին մասնակցելու նախապայմանն այն է, որ նրանք գիտակցեն, որ դեմենցիան զարգացող և ծայրահեղ վիճակ է [212]:

ՆԽՊ-ի ուշ կամ «ճգնաժամային» քննարկումները ճանաչվեցին որպես պոտենցիալ սթրեսային քննարկումներ դեմենցիա ունեցող անձի համար [216] և, որպես այդպիսին, կարող էին համարվել նրա համար վնասակար: Գոյություն ունեն նաև վկայություններ այն մասին, որ ընտանեկան խնամողներն արտահայտել են անհանգստություն և ափսոսանք, երբ բուժման և կյանքի պահպանման միջոցների վերաբերյալ որոշումները չեն կայացվել ժամանակին կամ ձեռնարկվել են ճգնաժամի պայմաններում՝ նվազեցնելով կամ անհնարին դարձնելով դեմենցիայով հիվանդ անձի անմիջական ներգրավվածությունը՝ որոշումներ կայացնելու ունակության կորստի պատճառով [215]:

Նախնական խնամքի պլանավորման քննարկումները պետք է՝

- հարմարեցված լինի դեմենցիա ունեցող անձի կարիքներին, ներգրավվելու պատրաստակամությանը և կարողություններին,
- հաշվի առնել ընտանիքի և խնամողների կարիքները,

- հաշվի առել քննարկումների խթանիչները, ինչպիսիք են ախտորոշումը, առողջական վիճակի փոփոխությունը կամ անկումը, կամ բնակության վայրի փոփոխությունը:

Առողջապահության ոլորտի մասնագետները պետք է ապահովեն, որ դեմենցիայով տառապող անձը և նրա ընտանիքը կամ խնամող(ներ)ը տեղյակ լինեն դեմենցիայի զարգացող բնույթին և հիվանդության տարբեր փուլերում սպասվող իրադարձությունների մասին:

Առողջապահության ոլորտի մասնագետները պետք է տեղյակ լինեն, որ ակնկալվող խնամքի պլանավորման քննարկումների նկատմամբ ընկալունակությունը մեծանում է, երբ դեմենցիայով տառապող անձը և նրա ընտանիքը ունեն պատկերացում դեմենցիայի զարգացող և ծայրահեղ բնույթի մասին:

Դեմենցիայով անձը, նրա ընտանիքը, խնամողներն ու առողջապահության ոլորտի մասնագետները պետք է հնարավորություն ունենան նախաձեռնելու և ներգրավվելու նախահարձակ խնամքի պլանավորման քննարկումներին:

Եթե դեմենցիայով անձը չի նախաձեռնում նախահարձակ պլանավորման քննարկումները, ապա առողջապահական մասնագետները պետք է հնարավորինս շուտ նախաձեռնեն կամ հնարավորություն տան վարելու մարդակենտրոն նախահարձակ խնամքի պլանավորման քննարկումներ:

Դեմենցիայով անձը, նրա ընտանիքը և խնամողները, ինչպես նաև առողջապահական մասնագետները, ովքեր ներգրավված են նախահարձակ խնամքի պլանավորման քննարկումներում, պետք է ձգտեն կառուցել վստահելի հարաբերություններ:

Ակնկալվող խնամքի պլանավորումը կարող է ներառել ժամանակի ընթացքում մի շարք քննարկումներ, որոնք թույլ կտան մտցնել պարզաբանումներ, արտացոլումներ և պլանների թարմացումներ՝ արտացոլելու համար ցանկացած փոփոխվող կարիք: Վաղ քննարկումները ձեռնտու են, քանի որ դեմենցիայով հիվանդի կարողությունները նվազում են հիվանդության առաջընթացի հետ մեկտեղ:

Ակնկալվող խնամքի պլանավորումը կարող է իրականացվել խնամքի ցանկացած միջավայրում՝ ներառյալ ընտանիքի տունը, առաջնային խնամքի հաստատությունը, հիվանդանոցը կամ ծերանոցը:

Առողջապահության ոլորտի մասնագետները պետք է կրթություն և վերապատրաստում ստանան հաղորդակցման հմտությունների, ակնկալվող խնամքի պլանավորման, դեմենցիայի հիվանդության հետազոծի, բուժման և խնամքի տարբերակների և պալիատիվ խնամքի վերաբերյալ:

Մասնագետներն, ովքեր աջակցում են դեմենցիա ունեցող անձանց ակնկալվող խնամքի պլանավորմանը, պետք է տեղյակ լինեն դեմենցիայի և դեմենցիայի խնամքի վերաբերյալ:

Բոլոր առողջապահական ոլորտի մասնագետները, ովքեր ղեկավարում են դեմենցիայի հետ կապված ակնկալվող խնամքի պլանավորումը, պետք է լինեն դեմենցիայի խնամքի պրակտիկայի ընդլայնված կամ փորձագիտական մակարդակում կամ ավելի բարձր, ինչպես սահմանված է Դեմենցիայի գերազանցության խթանման շրջանակում:

Առողջապահության ոլորտի մասնագետները, ովքեր ունեն համապատասխան փորձառություն, պետք է վարեն ակնկալվող խնամքի պլանավորման քննարկումները, որոնք ներառում են բարդ կլինիկական կարիքներ և բուժման նկատառումներ, ինչպիսիք են արհեստական կերակրումը:

Առողջապահության ոլորտի մասնագետները պետք է տեղյակ լինեն ակնկալվող խնամքի պլանավորման, կրթության և հասանելի գործիքակազմի մասին:

Ղեկավարները, կլինիկական և մասնագիտական ղեկավարները պետք է առաջնահերթություն տան և աջակցեն առողջապահական մասնագետներին, որպեսզի ավարտին հասցնեն դեմենցիա ունեցող մարդկանց հետ կապված ակնկալվող խնամքի պլանները և ներգրավվեն հասանելի դասընթացներում:

Առողջապահության ոլորտի մասնագետները պետք է մտածեն, արդյոք անձն արդեն ունի ակնկալվող խնամքի ծրագիր, թե ոչ: Եթե այո, ապա նրանց ակնկալվող խնամքի ծրագիրը պետք է քննարկվի և թարմացվի՝ հաշվի առնելու նրանց դեմենցիայի ախտորոշումը:

Առողջապահության մասնագետները և ակնկալվող խնամքի մասին քննարկումներում ներգրավված մյուսները պետք է բավարար ժամանակ տրամադրեն և ապահովեն հանգիստ վայր՝ զերծ որևէ շեղող գործոններից, ինչը հեշտացնում է աջակցող քննարկումը և պաշտպանում գաղտնիությունը:

Կարևոր է, որ ակնկալվող խնամքի ամենաարդիական պլանը տրամադրվի այն մարդկանց, ովքեր խնամում են դեմենցիա ունեցող անձին: Առողջապահական կամ խնամքի վերաբերյալ որոշումների կայացման ընթացքում այս պլանները պետք է լինեն հասանելի:

Նախնական խնամքի պլանավորման որոշումները պետք է վերանայվեն և թարմացվեն. հաճախականության վրա կազդեն հիվանդության խորացման տեմպերը և ցանկացած փոփոխվող կարիք:

Գլուխ 8. Դեղորայքային բուժում

Ալցհայմերի հիվանդության դեղորայքային բուժում

Նախորդ ուղեցույցների վերանայումից հետո նոր դեղեր չեն լիցենզավորվել Ալցհայմերի հիվանդության (ԱՀ) բուժման համար: Այժմ երկու հիմնական դեղատեսակներ են հավանության արժանացել՝ խոլինեստերազի ինհիբիտորներ (ChEIs)՝ տաքրին (այստեղ վաճառքում չկա), դոնեպեզիլ, ռիվաստիգմին և գալանտամին, ինչպես նաև N-մեթիլ-D-ասպարտատ թթվի (NMDA) ռեցեպտորի անտագոնիստ՝ մեմանտին: Շատ փորձարկումներ հիվանդության ընթացքը փոփոխող այլ դեղերի վերաբերյալ դեռ ընթանում են: Դոնեպեզիլը, ռիվաստիգմինը և գալանտամինը նախատեսված են թեթևից միջին աստիճանի ԱՀ-ի համար, իսկ մեմանտինը՝ միջինից ծանր աստիճանի ԱՀ-ի: Բազմաթիվ պատահականացված վերահսկվող փորձարկումներ (RCT) ցույց են տվել այս դեղերի արդյունավետությունը նշված իրավիճակներում:

Բազմաթիվ երկրներում համարվում է, որ օպտիմալ բուժումն այժմ ներառում է համակցված թերապիա՝ սկզբում խոլինեստերազի ինհիբիտոր, իսկ հետագայում՝ մեմանտինի ավելացում, հատկապես, երբ թուլամտությունն առաջադիմում է: Եվրոպական ուղեցույց է հրապարակվել՝ հիմնված ապացույցների որակի համակարգված գնահատման վրա, որը առաջին նմանատիպ ակնարկն է (Schmidt և համահեղինակներ, 2015): Այն առաջարկում է համակցված թերապիա՝ խոլինեստերազի ինհիբիտորին զուգահեռ մեմանտինի օգտագործմամբ, չափավորից մինչև ծանր աստիճանի ԱՀ ունեցող հիվանդների համար՝ ի տարբերություն միայն ChEI-ի կիրառման: Սակայն այս առաջարկության ապացուցողականությունը թույլ է:

Որոշ երկրներում խորհուրդ է տրվում դադարեցնել խոլինեստերազի ինհիբիտորների (ChEI) կիրառումը, երբ Ալցհայմերի հիվանդությունը (ԱՀ) դառնում է ծանր, և դրա հատուցումը հաճախ կախված է այդ մոտեցումից: Սակայն կլինիկական որոշումների կայացման համար քիչ տվյալներ կան, և մտահոգություններ են հայտնվել այն մասին, որ բուժման շարունակումը կարող է ուղեկցվել անցանկալի արդյունքների ավելացմամբ (Gill և այլք, 2009):

Միացյալ Թագավորությունում իրականացված DOMINO (Donepezil and Memantine in Moderate to Severe AD) հետազոտությունը (Howard և այլք, 2012), որը պատահական կերպով բաժանել էր կայուն դոնեպեզիլ ընդունող չափավորից մինչև ծանր թուլամտություն ունեցող հիվանդներին (SMMSE՝ 5–13 միավոր)՝ շարունակելու դոնեպեզիլը, դադարեցնելու այն, փոխարինելու մեմանտինով կամ ավելացնելու մեմանտին, հստակ ցույց տվեց, որ դոնեպեզիլի շարունակական կիրառումը (կամ դեղափոխումը դեպի մեմանտին կամ համակցված թերապիա) հաջորդող 12 ամիսների ընթացքում հանգեցրել է ճանաչողական և ֆունկցիոնալ բարելավումների՝ համեմատած պլացեբոյի հետ:

Նախորդ դիտողական ուսումնասիրություններից ստացված տվյալներն, ինչպես նաև DOMINO հետազոտության վերջերս կատարված վերլուծությունը, ենթադրում են, որ հակաթուլամտության դեղերով բուժումը կարող է հետաձգել հիվանդների տեղափոխումը խնամքի հաստատություններ կամ տուն-հիվանդանոցներ (Howard և այլք, 2015):

Դեղամիջոցներ ԼԼԻ մարմնիկներով թուլամտության (DLB) համար

DLB-ի դեղաբանական կառավարումը մտում է նյարդաբանների, հոգեբույժների, գերյատրների, առաջնային առողջապահության բժիշկների և այլ մասնագետների առջև ծառայած ամենաբարդ խնդիրներից մեկը: ԼԼԻ մարմնիկներով թուլամտության (DLB) դեպքում ճանաչողական, նյարդահոգեբանական, ավտոնոմ և շարժողական ախտանիշների համադրությունը, համեմատած Ալցհայմերի հիվանդության (ԱՀ) հետ, շատ ավելի հավանական է հանգեցնում ավելի ծանր ֆունկցիոնալ խանգարումների և կյանքի որակի վատթարացման: Ավելին՝ այս ախտանիշների միջև հավասարակշռությունը կարող է զգալիորեն տարբեր լինել՝ թե՛ տարբեր անհատների միջև, թե՛ հիվանդության զարգացման ընթացքում: Դեղամիջոցները, որոնք թիրախավորում են հիվանդության որևէ ասպեկտ, կարող են վատթարացնել մյուս ախտանիշները: Մասնավորապես՝

* Նյարդահոգեբանական ախտանիշների բուժումը (օրինակ՝ հայուլցինացիաները) կարող է վատթարացնել պարկինսոնիզմը:

* Իսկ L-դոպան և այլ հակապարկինսոնյան դեղամիջոցները կարող են սրել հոգեբանական ախտանիշները, ներառյալ փսիխոզը:

Բուժումը պահանջում է շատ զգույշ, անհատականացված և հիվանդակենտրոն մոտեցում՝ ըստ տվյալ ախտանիշների ծանրության, հիվանդի և խնամող անձանց նախասիրությունների:

Հիմնավորված վերլուծություններ՝

* Առկա են համապարփակ գրականության վերլուծություններ՝ ինչպես DLB-ի (Boat, 2015), այնպես էլ Պարկինսոնի հիվանդությամբ թուլամտության՝ PDD-ի բուժման վերաբերյալ (Goldman and Weintraub, 2015):

* Առկա է նաև մի քանի մեթա-վերլուծություն փորձարկումների վերաբերյալ (Stinton et al., 2015; Wang et al., 2015):

* Հակահայուլցինացիոն կամ հակապարկինսոնյան դեղորայքի կիրառման վերաբերյալ Էսկան Նոր տվյալներ չեն հրապարակվել նախորդ DLB համաձայնեցված զեկուլցից ի վեր (McKeith et al., 2005), և այս ոլորտներում տրված առաջարկությունները մտում են անփոփոխ:

Վաղ պատահականացված վերահսկվող փորձարկումները (RCT) ցույց են տվել, որ խոլինեսթերազի ինհիբիտոր ռիվաստիգմինը բարելավում է ճանաչողական գործառնությունները ինչպես ԼԼԻ մարմնիկներով թուլամտության (DLB), այնպես էլ Պարկինսոնի հիվանդությամբ թուլամտության (PDD) դեպքում (McKeith et al., 2000; Emre et al., 2004): Այն նաև դրական ազդեցություն է ունեցել նյարդահոգեբանական ախտանիշների վրա, ներառյալ՝ հայուլցինացիաներ, ապաթիա, անհանգստություն և քնի խանգարումներ:

Մեմանտինի վերաբերյալ երկու 24 շաբաթ տևողությամբ RCT-ները, որոնք անցկացվել են խառը DLB կամ PDD պոպուլյացիաներում (Aarsland և գործընկերներ, 2009; Emre և գործընկերներ, 2010), ցույց տվեցին նշանակալի բարելավումներ կլինիկական գլոբալ փոփոխության գնահատման մեջ, սակայն

ենթատիպերի վրա ազդեցությունը տարբեր էր. մեկում օգտվում էին PDD հիվանդները, մյուսում՝ DLB հիվանդները: Առաջին ուսումնասիրությունում մեմանտինը ցույց տվեց ճանաչողական գործառույթի զգալի բարելավում (MMSE-ի 1.9 միավորի տարբերություն) ընդհանուր պոպուլյացիայում՝ 24 շաբաթում, սակայն ոչ ճանաչողական ախտանիշների վրա: Երկրորդ ուսումնասիրությունում ճանաչողական բարելավումներ հայտնաբերվեցին միայն DLB-ի երկու ենթափորձարկումներում 16-ից, իսկ PDD-ում՝ ոչ մի ցուցիչով:

Նյարդահոգեբանական ինվենտարիզացիայի (NPI) որոշակի բարելավումներ հայտնաբերվեցին DLB-ում 24 շաբաթ անց, բայց ոչ PDD հիվանդներում (Emre և գործընկերներ, 2010): Երկու ուսումնասիրություններում մեմանտինը լավ հանդուրժվեց: Այս արդյունքները ընդգծում են, որ բուժման պատասխանները տարբեր են՝ ինչպես դրական, այնպես էլ բացասական, ինչը նաև փաստում են այդ դեղերը կիրառող կլինիցիստները: Փորձարկումների խմբային միջին գնահատականները լիովին չեն արտահայտում այս փոփոխականությունը:

Դեղամիջոցներ անոթային և խառը դեմենցիաների համար

Ուղեղաանոթային հիվանդությունը դեռևս դեմենցիայի երկրորդ ամենատարածված պատճառն է: Անոթային դեմենցիայի (VaD) հիմքում ընկած պաթոլոգիաները բազմազան են՝ սկսած էմբոլիայով առաջացած մեծ բազմակի ինֆարկտներից, մինչև քրոնիկ հիպոպերֆուզիայով պայմանավորված սպիտակ նյութի ցրված փոփոխությունները (O'Brien and Thomas, 2015; O'Brien et al., 2003):

Կարծիք կա, որ անոթային դեմենցիայում կարող է լինել խոլիներգիկ ֆունկցիայի խանգարում, ինչը առաջացրել է հետաքրքրություն խոլինեստերազի ինհիբիտորների (ChEI) կիրառման նկատմամբ: Սակայն արբուցիզային ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ խոլիներգիկ գործունեության կորուստը նկատվում է միայն այն դեպքերում, երբ անոթային դեմենցիան համակցված է Ալցհայմերի հիվանդության հետ, իսկ բազմակի ինֆարկտներով դեմենցիայով հիվանդների խոլիներգիկ ակտիվությունը հնարավոր է նույնիսկ բարձրացած է լինի (Sharp et al., 2009), ինչը հաստատում է նախորդ տվյալները, ըստ որոնց՝ «մաքուր» անոթային դեմենցիայում խոլիներգիկ կորուստ չկա (Perry et al., 2005):

Անոթային դեմենցիայով բոլոր հիվանդների մոտ անհրաժեշտ է հայտնաբերել արյան շրջանառության ռիսկային գործոնները: Վերադարձող ինսուլտների կանխարգելման համար անհրաժեշտ է կիրառել համապատասխան հակաարիթմիկ, հակաթրոմբոցիտային կամ հակամակարդային, նաև ճնշման և լիպիդների կարգավորման թերապիա՝ ըստ ազգային ուղեցույցների: Մասնավորապես, դեղորայքային միջամտությունները ներառում են դոնեպեզիլ, գալանտամին, ռիվաստիգմին և մեմանտին: Բացի դրանից, քննարկվում են նաև նիմոդիպին, Ginkgo biloba դեղերի կիրառության մասին տվյալները:

ChEI-ներով (խոլինեստերազի ինհիբիտորներով) կատարված հետազոտությունները ցույց են տվել ճանաչողական գործառույթի բարելավում՝ բացառությամբ գալանտամինի հետ կատարված մեկ ուսումնասիրության (Erkinjuntti et al., 2002), սակայն մյուս չափման գործիքներով նշանակալի արդյունքներ չեն արձանագրվել: Մեկ 24-շաբաթյա հետազոտության ընթացքում

գալանտամինով դիտվել են նաև կատարողական գործառույթի (EXIT25 թեստ) նշանակալի բարելավումներ (Auchus et al., 2007):

Մեկ վերանայումում հայտնաբերվել է, որ դոնեպեզիլը առաջացնում է ճանաչողական և գլոբալ գործառույթի նմանատիպ փոփոխություններ ինչպես անոթային թուլամտության (VaD), այնպես էլ Ալցհայմերի հիվանդության (AD) դեպքում, սակայն VaD-ի դեպքում արդյունքները անհամապատասխան են եղել (Passmore et al., 2005):

Մեմանտինի ազդեցությունը VaD-ի վրա վերանայվել է Bocti et al. (2007), Kavirajan and Schneider (2007), McShane et al. (2006) և Thomas and Grossberg (2009) կողմից: Kavirajan և Schneider-ի (2007) կողմից կատարված մետասանալիզը ներառել է բոլոր ուսումնասիրությունները, որոնցում համեմատվել են դոնեպեզիլը, գալանտամինը, ռիվաստիգմինը և մեմանտինը պլացեբոյի հետ, VaD ունեցող հիվանդների շրջանում:

Դոնեպեզիլի նախնական երկու հետազոտությունների և գալանտամինի փորձարկման հետազոտությունների հետվերլուծության արդյունքում ենթադրվել է, որ ճանաչողական բարելավումը ավելի մեծ է եղել այն հիվանդների մոտ, ովքեր ունեցել են կորտիկալ կամ բազմտարածային (multiple territorial) վնասվածքներ՝ համեմատած հիմնականում ենթակեղևային (subcortical) վնասվածքներ ունեցողների հետ:

Յեղիակները նշել են, որ VaD ունեցող հիվանդների կլինիկական բազմազանությունը սահմանափակում է այս փորձարկումների արդյունքների ընդհանրացումը, քանի որ հնարավոր չէ հստակ սահմանել բուժման ազդեցությունը կոնկրետ հիվանդների կամ ենթախմբերի վրա:

Մետասանալիզի եզրակացությունն այն էր, որ ChEI-ներն ու մեմանտինը մեղմից մինչև միջին VaD ունեցող հիվանդների շրջանում բերում են ճանաչողական գործառույթի փոքր բարելավման՝ ոչ հստակ կլինիկական նշանակությամբ: Տվյալները բավարար չեն այս դեղամիջոցները VaD-ում լայն կիրառելու համար: Անհրաժեշտ են անհատական մակարդակով վերլուծություններ՝ պարզելու, թե VaD ունեցող որ ենթախմբերն են կարող օգուտ քաղել այս բուժումից:

Նիմոդիպինը (Nimodipine) որոշ կարճաժամկետ օգուտներ է ցուցաբերել անոթային թուլամտության (VaD) դեպքում (López-Arrieta և Birks, 2002) և կարող է դրական ազդեցություն ունենալ MMSE-ի (ճանաչողական վիճակի գնահատման միջին-ստուգաթերթ), էքզեկուտիվ ֆունկցիայի չափանիշների և գլոբալ գնահատականի վրա ենթակեղևային իշեմիկ անոթային թուլամտություն (SIVD) ունեցող հիվանդների մոտ (Pantoni et al., 2005): Այնուամենայնիվ, Նիմոդիպինի վերաբերյալ Կոխրեյնի սկզբնական վերանայումը (López-Arrieta և Birks, 2002) չի թարմացվել, և դեռևս անհրաժեշտություն կա ավելի երկարատև հետազոտությունների: Այս համատեքստում ռիվաստիգմինը (մինչև 6 մգ օրական) համեմատվել է Նիմոդիպինի հետ միակողմանի կույր 14 ամիս տևողությամբ հետազոտության մեջ: Հիվանդները բաժանվել են ենթախմբերի՝ կախված նրանից, թե ունեն բազմակետ ինֆարկտային թուլամտություն (MID), թե՞ SIVD:

* SIVD խմբում ռիվաստիգմինը չի բարելավել MMSE-ի ցուցանիշները, սակայն դրական ազդեցություն է ունեցել կատարողական ֆունկցիայի չափանիշների, նեյրոփսիխիատրիկ առանձնահատկությունների, դեպրեսիայի և թուլամտության կլինիկական գնահատականի վրա:

* MID խմբում ռիվաստիգմինը չի ունեցել ազդեցություն MMSE-ի վրա, բայց բարելավել է նեյրոփսիխիատրիկ հատկանիշներն ու դեպրեսիան:

Ռիվաստիգմին ընդունող բոլոր հիվանդները ավարտել են հետազոտությունը (Moretti et al., 2008):

Ցերեբրալ աուտոսոմ-դոմինանտ արտերիոպաթիան ենթկեղևային ինֆարկտներով և լեյկոէնցեֆալոպաթիայով (CADASIL). ենթկեղևային իշեմիկ անոթային թուլամտության (SIVD) հազվադեպ մոնոգենետիկ տեսակ է: 18-շաբաթ տևողությամբ, պլացեբո-կարգավորվող, կրկնակի կույր, պատահականացվող, զուգահեռ խմբերով իրականացված հետազոտության ընթացքում (Dichgans et al., 2008) 10 մգ դոնեպեզիլն օրական չցուցաբերեց էական ազդեցություն Ալցհայմերի հիվանդության ճանաչողական թեստի անոթային տարբերակի (V-ADAS-Cog) վրա, որն էլ հանդիսանում էր առաջնային արդյունքային չափանիշ: Այնուամենայնիվ, դոնեպեզիլի օգտին արձանագրվեց զգալի բուժական ազդեցություն որոշ էրզեկուտիվ ֆունկցիայի չափանիշների վրա, սակայն դրա կլինիկական նշանակությունը հստակ չէր:

EGb761-ի՝ Ginkgo biloba-ի մի քաղվածքի վերաբերյալ իրականացվել են լրացուցիչ հետազոտություններ: Դրանք վերանայվել են Baskys և Cheng (2012), ինչպես նաև Gauthier և Schlaefke (2014) կողմից: Հետազոտությունները ներառել են Ալցհայմերի հիվանդությամբ (AD), անոթային թուլամտությամբ (VaD) կամ խառը տեսակի թուլամտությամբ տառապող հիվանդների (Wang et al., 2010; Weinmann et al., 2010), սակայն միայն VaD-ի վերաբերյալ առանձին տվյալներ ներկայացված չեն: Մի պատահականացված վերահսկվող հետազոտությունում (RCT) առանձին վերլուծվել է EGb761-ի արդյունավետությունը 71 VaD ունեցող հիվանդների մոտ (Ihl et al., 2012): EGb761 բուժումը VaD ունեցող հիվանդների մոտ ավելի լավ արդյունքներ է ունեցել, քան պլացեբոն՝ ըստ կարճ ճանաչողական կատարողականի թեստի (SCPT) և նեյրոհոգեբանական ցուցանիշների (NPI): Համակարգված վերանայման շրջանակում (Von Gunten et al., 2015), որտեղ ուսումնասիրվել են թուլամտություն և թեթևից միջին միջին աստիճանի վարքային խանգարումներ ունեցող հիվանդներ, նշվել է, որ EGb761-ի 240 մգ դեղաչափը զգալի օգուտներ է տվել ճանաչողության, առօրյա գործունեությունների, վարքային ախտանիշների և համընդհանուր կլինիկական տպավորության վրա, սակայն կյանքի որակի վրա ազդեցություն չի հայտնաբերվել VaD ենթախմբի դեպքում:

Ընդհանուր ընդունված է, որ մեծ թվով դեմենցիայի ախտորոշում ստացած մարդկանց մոտ առկա է խառը ուղեղային պաթոլոգիա, որը հիմնականում պայմանավորված է Ալցհայմերի և անոթային փոփոխություններով: Մի պատահականացված, կրկնակի կույր (RCT) ուսումնասիրություն՝ նվիրված զալանտամինին (Erkinjuntti et al., 2002), ներառել է VaD և AD հիվանդների, որոնց մոտ ճառագայթային հետազոտության և կլինիկական պատմության ապացույցներ կային անոթային հիվանդության առկայության մասին: VaD և AD հիվանդների համակցված վերլուծությունը ցույց է տվել կոգնիտիվ, ֆունկցիոնալ, վարքային

ախտանշանների և ընդհանուր կլինիկական գնահատման զգալի բուժական ազդեցություն: EGb761-ի համակարգված վերանայումը ցույց է տվել խառը դեմենցիայ ունեցող հիվանդների մոտ բոլոր չափորոշիչներում նշանակալի բարելավումներ:

Այլ տեսակի դեմենցիաներ

Այս խումբը ներառում է ֆրոնտոտեմպորալ դեմենցիան (FTD), հիմնական պրոգրեսիվող աֆազիան, պրոգրեսիվ սուլարանուկլեար պալսին (PSP), կորտիկոբազալ դեգեներացիան (CBD) և պրիոնային դեմենցիաները, ինչպես նաև այլ ձևեր: FTD-ում խոլինեստերազի ինհիբիտորների (ChEI) օգտագործման վերաբերյալ նոր տվյալներ չկան՝ նախորդ BAP հայտարարությունից ի վեր: Կանոնակարգային տվյալները չեն աջակցում այս դեղերի կիրառումը FTD-ում, և այնուամենայնիվ, դրանք հաճախ օգտագործվում են լեյքից դուրս, չնայած որ հաղորդվել է խոշորությունն առաջանալու հավանականության մասին (O'Brien et al., 2011): Նոր հետազոտություններ հակադեպրեսանտների վերաբերյալ չկան, իսկ նախկինում ստացված տվյալները խառը են և հիմնված փոքր բաց հետազոտությունների վրա: Memantine-ի RCT-ները ցույց են տվել, որ այս դեղամիջոցը արդյունավետ չէ FTD-ում (Boxer et al., 2013; Vercelletto et al., 2011): Souvenaid-ի փոքր հետազոտությունը ցույց է տվել որոշ օգտակար ազդեցություն վարքագծի և սոցիալական ճանաչողական գործոնների վրա կարճ ժամանակահատվածում (Pardini et al., 2015), սակայն անհրաժեշտ են ավելի մեծ ուսումնասիրություններ: Նազալ ուղղվ տրվող օքսիտոցինը FTD-ում անվտանգ և հանդուրժելի է, բայց մեծածավալ հետազոտություններ են պետք դրա արդյունավետությունը գնահատելու համար (Finger et al., 2015):

Առաջնային պրոգրեսիվ աֆազիայի բուժման համար բավարար ուժ ունեցող հետազոտություններ չկան, որոնց վրա հիմնվելով կարելի լինի հստակ խորհուրդներ տալ: Վերջին BAP-ի հայտարարությունից հետո չկան նոր հետազոտություններ ChEI-ների կամ կոենզիմ Q10-ի կիրառման վերաբերյալ PSP-ի բուժման համար: Ներկայիս ապացույցները չեն աջակցում դրանց օգտագործմանը: Բացարձակ խոշորագույն PSP հետազոտությունը մինչ այժմ ցույց է տվել, որ դավունետիդը (որը առաջարկվում էր տաու սպիտակուլցի ֆոսֆորիլացումն իջեցնելու և միկրոտուբուլները կայունացնելու համար) արդյունավետ բուժում չէ (Boxer et al., 2014):

Վերջին BAP-ի հայտարարությունից հետո անցկացված հետազոտությունը ցույց տվեց, որ Քրայցֆելդ-Յակոբի հիվանդությամբ (CJD) հիվանդների շրջանում, որոնք բուժվել են քվինակրինով (մալարիայի դեմ դեղ, որը in vitro նվազեցնում է անոմալ պրիոնային սպիտակուլցների կուտակումները), գոյատևման առումով որևէ առավելություն չունի (Geschwind և այլք, 2013): Դոքսիցիկլինը նույնպես արդյունավետ չի եղել CJD-ի բուժման մեջ (Haik և այլք, 2014):

Բարձրորակ հետազոտություններ, որոնք կհաստատեն ChEI-ների օգտագործումը Չանթինգթոնի հիվանդության հետ կապված ճանաչողական խանգարումների բուժման համար, առայժմ չկան: Նույն կերպ, այլ դեղերի կիրառման արդյունավետության ապացույցներ հոգեբանական խանգարումների բուժման գործում Չանթինգթոնի հիվանդության ժամանակ նույնպես առկա չեն, չնայած մի քանի նոր մոտեցումներ են ուսումնասիրվում, այդ թվում՝

միացություններ, որոնք նվազեցնում են մետաղի կողմից Յանսինգթին սպիտակուցի ագրեգացիան (Angus և այլք, 2015):

Թեթև կոգնիտիվ խանգարում (ԹԿԽ) ԱՅ-ի (Ալցհայմերի հիվանդության) պատճառով և պրոդրոմալ ԱՅ

Թեթև կոգնիտիվ խանգարման (ԹԿԽ) կամ պրոդրոմալ Ալցհայմերի հիվանդության (ԱՅ) դեպքում չկան նոր դրական հետազոտություններ, որոնք կարող էին աջակցել դեղահաշվարկմանը: Cochrane-ի և այլ համակարգված վերանայումները փաստում են, որ խոլինէսթերազի ինհիբիտորները (ChEIs) չեն ցուցաբերում արդյունավետություն (Birks and Flicker, 2006; Loy and Schneider, 2006): Պիրացետամի վերաբերյալ տվյալները հակասական են (Flicker and Grimley Evans, 2001), և այլ նոտրոպների օգտակարության մասին ապացույցներ չկան: Մեմանտինի վերաբերյալ ԹԿԽ-ի դեպքում հետազոտություններ չեն կատարվել: Վիտամին E-ի և հակաբորբոքային դեղերի (ռոֆեկոքսիբ) RCT-ները բացասական արդյունքներ են տվել:

Բուժման այլ կարևոր հարցեր

Պալիատիվ խնամք

Տարեց մարդկանց մեկ երրորդը մահանում է որոշ տեսակի ճանաչողական խանգարումով կամ թուլամտությամբ (Brayne et al., 2006): Կան դեմենցիայով հիվանդ երկու հիմնական խմբեր, որոնց համար անհրաժեշտ է վերջնաբանական խնամքի հարցը դիտարկել՝

* Նրանք, ովքեր ունեն թուլամտության վաղ կամ միջին աստիճան և մահանում են այլ հիվանդություններից, օրինակ՝ քաղցկեղից կամ օրգանային անբավարարությունից,

* Նրանք, ովքեր ունեն խորացած թուլամտություն, որի դեպքում ամենատարածված մահվան պատճառներն են թոքաբորբը կամ այլ վարակներ:

Այս անձինք հաճախ ստանում են ոչ բավարար վերջնաբանական խնամք, քանի որ նրանք հաճախ չեն դիտարկում որպես տերմինալ հիվանդություն ունեցողներ, և առողջապահական ու սոցիալական ծառայությունները միշտ չէ, որ կառուցված են բավարար չափով՝ ի վիճակի լինելու արձագանքել նրանց բարդ կարիքներին (Sampson et al., 2011):

Խորացած թուլամտությամբ հիվանդների դեպքում դեղորայքային նշանակումների հիմնական որոշումները կապված են «խնամքի առաստաղի» սահմանման հետ: Այսինքն՝ կարելի է դադարեցնել այն դեղերը, որոնք այլևս երկարաժամկետ օգուտ չեն տալիս, օրինակ՝ ստատինները, ցածր դոզայով ասպիրինը կամ արյան բարձր ճնշման դեղամիջոցները (Holmes et al., 2008):

Յասանելի է շատ քիչ ապացույց այն մասին, թե ինչպես ամենաճիշտը դեղորայք նշանակել ծանր թուլամտություն ունեցող անձանց համար, մասնավորապես՝ երբ պետք է դադարեցնել այն դեղերը, որոնք այլևս անհրաժեշտ կամ օգտակար չեն: Այս բնակչության համար չկան պատշաճ չափաբաժնով և կառուցվածքով ռանդոմիզացված վերահսկվող փորձարկումների (RCT) բավարար տվյալներ: Գոյություն ունեցող փորձարկումները սովորաբար տևում են ընդամենը

3–12 ամիս, երբեմն՝ երկարաձգված պիլոտային փուլով, և շատ քիչ է ապացույցը այն մասին, որ բուժումը պետք է շարունակվի, երբ հիվանդը հասել է ծանր փուլ: Կան տեսակետներ, համաձայն որոնց՝ ChEI-ների (խոլինէսթերազայի ինհիբիտորների) կամ մեմանտինի նշանակումը «երբեք տեղին չէ» կյանքի վերջնագծում, թեև դրանց օգտագործումը շարունակում է տարածված մնալ ինամքի տներում բնակվող հիվանդների շրջանում (Holmes et al., 2008):

Այնուամենայնիվ, միջին կամ ծանր աստիճանի Ալցհայմերի հիվանդությամբ (AD) անձանց մոտ դոնեպեզիլի շարունակական օգտագործումը 12 ամսվա ընթացքում կապվել է գործառույթային նշանակալի օգուտների հետ: Հետևաբար, ChEI-ի պահպանումը կարող է համահունչ լինել պալիատիվ (թեթևացնող) մոտեցման հետ (I մակարդակի ապացույց) (Howard et al., 2012): Մնում է անորոշություն մեմանտինի արդյունավետության շուրջ՝ վերջին փուլում գտնվող թուլամտության դեպքում, ինչպես նաև այն մասին, թե երբ է ամենահարմար ժամանակը դեղը դադարեցնելու համար:

Պետք է դիտարկել դեղամիջոցների տարբեր ձևերը և ընդունման եղանակները: Հակադեմենցիոն դեղորայքի կիրառումը պետք է հավասարակշռել կողմնակի ազդեցությունների ռիսկի հետ. օրինակ՝ մեմանտինը կարող է վատթարացնել ցավազրկողներով պայմանավորված փորկապությունը: Պոլիֆարմացիան (միաժամանակ բազմաթիվ դեղերի օգտագործումը) առանցքային խնդիր է այս փուլում: Գաղտնի (covert) դեղորայք տալը երբեմն կարող է համարվել տվյալ անձի լավագույն շահը, սակայն միայն այն դեպքում, երբ դա արվում է համապատասխան էթիկական և իրավական շրջանակներում:

Ցավազրկող դեղամիջոցները (անալգետիկները) հակված են թերագնահատված լինել ծանր թուլամտություն ունեցող անձանց մոտ, սակայն բազմադեղորայքային բուժման (պոլիֆարմացիայի), փոխազդեցությունների և կողմնակի ազդեցությունների վերաբերյալ մտահոգությունները կարելի է լուծել համապատասխան կառավարմամբ: Ամենատարածված օգտագործվող ցավազրկողը պարացետամոլն է, սակայն ուսումնասիրությունները, որոնք հիմնվում են Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) ցավազրկման սանդղակի վրա (հաջորդական մոտեցում՝ NSAID-ներից մինչև օպիոիդներ), ցույց են տվել, որ այդ մոտեցումը կարող է բարելավել ինչպես ցավի, այնպես էլ նյարդահոգեբուժական ախտանիշների վերահսկումը (II մակարդակի ապացույց) (Husebo et al., 2011):

Չկա բավարար ուժեղ ապացույց ծանր թուլամտություն ունեցող անձանց վերջնական փուլում դեղորայքի նշանակման վերաբերյալ (միայն III մակարդակի ապացույց): Բժիշկները պետք է հաշվի առնեն տվյալ անձի հայտնի նախընտրությունները, ինչպես նաև ընտանիքի կարծիքը, և ձգտեն հասնել ախտանիշների հնարավորինս լավ վերահսկման և կյանքի որակի պահպանման:

Թուլամտության այլ ենթադրյալ (հիպոթեթիկ) թերապիաներ

Գինկո բիլոբայի վերաբերյալ կուտակված տվյալները ցույց են տալիս, որ այն էֆեկտիվ չէ հիշողության կամ դեմենցիայի կանխարգելման կամ բուժման մեջ, իսկ որոշ ուսումնասիրություններ բարձրացնում են հնարավոր վնասների մասին

մտահոգություններ, հատկապես՝ ինսուլտի կամ թրոմբոէմբոլիկ բարդությունների համատեքստում: Որոշ հիմնական կետեր ուսումնասիրություններից.

* Չկան զգալի օգուտներ՝ հիշողության բարելավման կամ Ալցհայմերի հիվանդության առաջացումը կանխելու հարցում ((DeKosky et al., 2008), (Schneider et al., 2005)).

* Ինսուլտի ռիսկի բարձրացում՝ որոշ ուսումնասիրություններում նկատվել է հեմոռագիկ ինսուլտի դեպքերի կրկնակի աճ գինկո օգտագործողների խմբում:

* Մետա-վերլուծությունը ((Kellermann and Kloft, 2011)) ցույց է տվել միայն աննշան ազդեցություն արյան մակարդման վրա, սակայն կլինիկական զգուշավորությունը շարունակում է անհրաժեշտ լինել, հատկապես հակամակարդիչներ օգտագործողների մոտ:

Չետևաբար, Գինկո բիլոբան ներկայումս համարվում է անարդյունավետ դեմենցիայի բուժման կամ կանխարգելման համար՝ ըստ բարձրորակ RCT-ների և Cochrane-ի եզրակացությունների: Բացի այդ, հնարավոր վնասները (օր.՝ ինսուլտի ռիսկ) ստիպում են զգուշությամբ մոտենալ դրա օգտագործմանը՝ հատկապես տարեց անձանց մոտ կամ նրանց, ովքեր ընդունում են հակամակարդիչներ:

Չորմոնափոխարինող թերապիան (ՉՓԹ կամ HRT) որպես դեմենցիայի կանխարգելման միջոց ուսումնասիրվել է խոշոր փորձարկումներում, սակայն արդյունքները հստակ ցույց են տվել, որ այն արդյունավետ չէ և նույնիսկ կարող է վնասակար լինել՝ հատկապես տարեց կանանց շրջանում: Կանանց Առողջության Նախաձեռնության Չիշողության Ուսումնասիրությունը (WHIMS) ուսումնասիրել է ինչպես միայն Էստրոգենի օգտագործումը, այնպես էլ Էստրոգեն+պրոգեստին համակցված թերապիան: Միայն Էստրոգեն (ERT). տևողություն՝ ~7 տարի, Չագարո հարաբերակցություն (HR)՝ 1.49, չնայած վիճակագրորեն աննշան, սակայն նկատվում էր դեմենցիայի ռիսկի աճ: Էստրոգեն + պրոգեստին (HRT). տևողություն՝ ~4 տարի, HR = 2.05, դեմենցիայի ռիսկը կրկնապատկվում է: Չամակցված վերլուծություն երկու խմբերի համար՝ HR = 1.76: Սա ցույց է տալիս դեմենցիայի ընդհանուր ռիսկի զգալի աճ ՉՓԹ կիրառման դեպքում տարեց կանանց մոտ: Չետագայում ձևավորվեց «Կրիտիկական պատուհանի» հիպոթեզը, ըստ որի՝ ավելի երիտասարդ կանանց մոտ (օրինակ՝ անմիջապես մենոպաուզայից հետո) HRT-ն կարող է լինել օգտակար, սակայն, ըստ վերջին վերանայումների, (օր.՝ Maki & Henderson, 2012), լավ որակի ապացույցներ դրա օգտակարության համար չկան: Չետևաբար, ՉՓԹ-ն չի կանխում դեմենցիան, և հատկապես 65+ տարեկան կանանց մոտ մեծացնում է դրա ռիսկը: Անհրաժեշտ է զգուշություն կիրառել, երբ քննարկվում է ՉՓԹ որևէ այլ նպատակի համար, օրինակ՝ օստեոպորոզի կամ վազոմոտոր ախտանիշների բուժման: Դեմենցիայի կանխարգելման համար այն հիմնավորված չէ:

Ֆոլաթթվի (ֆոլատի սինթետիկ ձև) և վիտամին B12-ի սննդային հավելումները նվազեցնում են հոմոցիստեինի մակարդակը, ինչը տեսականորեն կարող է օգտակար լինել դեմենցիայի կանխարգելման կամ բուժման համար: Խաչաձև ուսումնասիրությունները հիմնականում աջակցում են այդ գաղափարին, սակայն առաջնահերթ հետազոտությունները չեն հաստատել կապը դեմենցիայի և բարձր հոմոցիստեինի մակարդակի միջև: Ռանդոմիզացված վերահսկվող

փորձարկումների (RCTs) համակարգային վերանայումը ցույց է տվել, որ B խմբի վիտամինների և ֆոլաթթվի հավելումները չեն բարելավում հիշողությունը կամ մտածողության ունակությունները՝ անկախ նրանից՝ արդյոք անձն ունի մտավոր անկում, թե՞ ոչ (Ford & Almeida, 2012):

Ստատիստիկական օգտագործումը դեմենցիայի կանխարգելման նպատակով չունի ապացուցողական հենք: Դրանք չեն դանդաղեցնում հիշողության կամ ճանաչողական ունակությունների վատթարացումը:

Սուվենայդ (Souvenaid). Ալցհայմերի հիվանդության (AD) դեպքում ուսումնասիրվել է Ֆորտասին Կոնեկտ (Fortasyn Connect) սննդանյութերի համադրությամբ պատրաստված բժշկական սննդամթերք՝ «Ֆորտասին Կոնեկտ»՝ Սուվենայդ անվանմամբ: Ներկայացվել են երեք կրկնակի կույր, ռանդոմիզացված վերահսկվող փորձարկումներ (RCT): Souvenir I և II փորձարկումներն անցկացվել են թեթև Ալցհայմերի հիվանդությամբ (MMSE \geq 20) անձանց շրջանում, ովքեր չէին օգտագործում հակադեմենցիոն դեղամիջոցներ: Souvenir I (Scheltens et al., 2010). 212 մասնակցի շրջանում համեմատվել է ակտիվ սննդային ըմպելիքի և վերահսկիչ ըմպելիքի ազդեցությունը: Արդյունքները ցույց են տվել փոքր բարելավում WMS-R (Վեքսլերի հիշողության սանդղակի վերանայված տարբերակ) ուշացված հիշողության կատեգորիկ վերլուծության մեջ 12 շաբաթում, սակայն չի հայտնաբերվել էական փոփոխություն ընդհանուր հիշողության մեջ, ADAS-Cog-ում (Ալցհայմերի հիվանդության գնահատման սանդղակ – կոգնիտիվ ենթասանդղակ) կամ այլ ցուցիչներում, այդ թվում՝ 24 շաբաթ անց: Souvenir II (Scheltens et al., 2012). 209 մասնակցի մոտ 24 շաբաթում գրանցվել է թեթև բարելավում նեյրոհոգեբանական թեստավորման հիշողության համակցված միավորում, սակայն չի հայտնաբերվել էական բարելավում ընդհանուր գնահատականներում կամ այլ արդյունքներում: S-Connect փորձարկմանը (Shah et al., 2013b) մասնակցել է 527 անձ, ովքեր ունեին մեղմից միջին միջին ծանրության Ալցհայմերի հիվանդություն (MMSE \geq 14) և արդեն ստանում էին հակաթուլամտային դեղամիջոցներ: Արդյունքները ցույց են տվել, որ որևէ բարելավում չի նկատվել հիմնական արդյունքում (ADAS-Cog) կամ որևէ այլ կլինիկական ցուցիչում 24 շաբաթում: Այսպիսով, ըմպելիքը լավ է հանդուրժվել, այսինքն՝ կողմնակի ազդեցությունների մասին չի հաղորդվել, սակայն հիշողության որոշ մասնակի ցուցիչներում դիտվել են միայն թեթև և անհամակարգված բարելավումներ, իսկ համընդհանուր արդյունքներում որևէ շոշափելի օգուտ չի հայտնաբերվել: Հետևաբար, Սուվենայդի կիրառումը Ալցհայմերի հիվանդության բուժման մեջ արդյունավետության ապացույցներ չունի:

Թերապևտիկ ոչ ինվազիվ գլխուղեղի խթանում: Վերջին տարիներին մեծ հետաքրքրություն է նկատվում ոչ ինվազիվ խթանման մեթոդների կիրառման նկատմամբ, ինչպիսիք են տրանսկրանիալ ուղղակի հոսանքի խթանումը (tDCS) և տրանսկրանիալ մագնիսական խթանումը արագ ռիթմով (rTMS): Սրանք ունեն կողմնակի ազդեցությունների ցածր հավանականության: Բազմակողմանի հետազոտություններ (օրինակ՝ երիտասարդ, առողջ անձինք, տարեցություն ուսումնասիրող խմբեր, պաթոլոգիական խմբեր և այլն) ցույց են տվել, որ ոչ ինվազիվ խթանման տեխնիկաները կարող են ազդեցություններ ունենալ, որը պահպանվում է խթանման ժամանակահատվածից դուրս, ինչն ունի կարևոր

թերապևտիկ նշանակություն (Elder and Taylor, 2014; Hsu et al., 2015; Kuo et al., 2014):

Մեխանիզմային առումով՝ tDCS-ն և rTMS-ը կեղևային ակտիվությունը (կորտիկալ ակտիվություն) կարգավորում են ոչ ինվազիվ եղանակով: rTMS-ը գործում է՝ գլխամաշկի միջով փոխանցելով բարձր ինտենսիվությամբ, ժամանակային փոփոխվող մագնիսական իմպուլս, որը ուղեղում առաջացնում է հոսանք: Ստիմուլյացիայի պարամետրերը՝ ինտենսիվությունը, հաճախականությունը և տևողությունը փոխելով, հնարավոր է նպաստել գլխուղեղի որոշ հատվածների ակտիվացմանը կամ ճնշմանը: tDCS-ը փոխանցում է ցածր ինտենսիվությամբ էլեկտրական հոսանք՝ սովորաբար գլխամաշկի վրա տեղադրված երկու էլեկտրոդի (այլուս՝ անոդ, մինուս՝ կատոդ) միջոցով: Այս մոտեցման միջոցով ենթադրվում է, որ գլխուղեղի համապատասխան հատվածներում տեղի է ունենում նեյրոնային թաղանթային պոտենցիալի փոփոխություն հիպերպոլարիզացիայի կամ դեպոլարիզացիայի ուղղությամբ՝ կախված էլեկտրոդի բևեռայնությունից (անոդի տակ՝ ակտիվացում, կատոդի տակ՝ ճնշում):

Ոչ ինվազիվ ուղեղի խթանման մեթոդները կիրառվել են ինչպես առողջ տարեցների մոտ՝ հիշողությունն ու ճանաչողական ֆունկցիաները բարելավելու նպատակով, այնպես էլ թուլամտությամբ (Alzheimer-ի հիվանդությամբ) հիվանդ անձանց մոտ (Boggio et al., 2011; Hsu et al., 2015): Վերջին համակարգված ակնարկը և մետա-վերլուծությունը (Hsu et al., 2015) ներառել է 11 հետազոտություն՝ ընդհանուր 200 ԱՅ ունեցող անձանց մասնակցությամբ, և ցույց է տվել, որ ճանաչողական ֆունկցիաների վրա ազդեցության չափը կազմել է 1.35, ինչը համարվում է նշանակալի: Ենթախմբային վերլուծությունը ցույց է տվել, որ ավելի մեծ ազդեցություն է նկատվում այն ուսումնասիրություններում, որտեղ խթանումը կիրառվել է ճանաչողական առաջադրանքը կատարելու ժամանակ, այլ ոչ թե առաջ: Սակայն կան մի շարք սահմանափակումներ. երկարաժամկետ ճանաչողական օգուտների պահպանման վերաբերյալ առկա են շատ քիչ տվյալներ, ուսումնասիրությունները սովորաբար ունեցել են փոքր նմուշի ծավալ, տարբեր պրոտոկոլային մոտեցումներ, նկատվել է հրատարակման կողմնակալության որոշ վկայություն: Որևէ լուրջ կողմնակի ազդեցություն չի արձանագրվել rTMS կամ tDCS կիրառած թուլամտության ուսումնասիրություններում: Այսպիսով, չնայած որոշ դրական արդյունքներին, ապացույցների մակարդակը դեռ անբավարար է ոչ ինվազիվ ուղեղի խթանման տեխնոլոգիաները ԱՅ-ի դեմ լայնորեն կիրառելու համար:

Որակյալ կլինիկական տվյալները այլ տեսակի դեմենցիաների դեպքում՝ rTMS կամ tDCS տեխնոլոգիաների կիրառման համար, էլ ավելի սուղ են (Elder and Taylor, 2014): Սահմանափակ են նաև տվյալները դեմենցիային ուղեկցող նեյրոհոգեբուժական ախտանիշների մեղմացման նպատակով:

Հիվանդության ընթացքը փոխող թերապիաներ

Ներկայումս իրականացվում են մի շարք հետազոտություններ, որոնց նպատակն է գնահատել հիվանդության ընթացքը փոխող (ոչ միայն ախտանիշները մեղմացնող) թերապիաների հնարավոր արդյունավետությունը այն անձանց շրջանում, ովքեր ունեն թուլամտության առաջացման բարձր ռիսկ, հատկապես՝

Ալցհայմերի հիվանդության (AD) դեպքում: Այս մոտեցումներն ընդգրկում են Ամիլոիդ բետա-ի պրոցեսների մոդուլացիա՝ դրա արտադրությունը նվազեցնելու կամ քայքայման և հեռացման գործընթացներն ուժեղացնելու միջոցով: Մյուս ռազմավարությունները նպատակ ունեն խոչընդոտել ամիլոիդ մոնոմերների միացումը, որը բերում է տոքսիկ օլիգոմերների և չլուծվող շիթերի (թիթեղների) առաջացման: Որոշ մոտեցումներ կենտրոնանում են հակաբորբոքային մեխանիզմների վրա կամ փորձում են նեյտրոֆիկ ազդեցությունն ապահովել (ուղեղի բջիջների աճի և պահպանման խթանում): Այս մոտեցումները հիմնականում փորձարկվում են այն անձանց վրա, ովքեր ունեն պրոդրոմալ ԱԶ կամ նախակլինիկական ԱԶ: Այս փուլում դեռ որևէ մեթոդ լիովին հաստատված չէ, սակայն հիվանդության ընթացքը փոխող թերապիաները համարվում են ապագայի հիմնական ուղղություն՝ դեմենցիայի կանխարգելման և բուժման հարցում:

Խմուկիզացիա (պատվաստում)

Ալցհայմերի հիվանդության դեմ իմունիզացիոն թերապիաները, մասնավորապես՝ ամիլոիդ բետա (Aβ) սպիտակուցի դեմ, մեծ հետաքրքրություն են առաջացրել գիտական աշխարհում: Մկների վրա կատարված հաջող պատվաստանյութերի փորձարկումներից հետո սկսվեցին նաև մարդկանց վրա կլինիկական փորձարկումներ: AN1792 պատվաստանյութ (Aβ 1-42՝ ակտիվ իմունիզացիա). սկզբնական՝ I փուլի ռանդոմիզացված պլացեբո-վերահսկվող փորձարկում (RPCT)–ում մասնակիցների մոտ հյուսվածքաբանական ուսումնասիրությունները ցույց տվեցին որոշակի ամիլոիդ թիթեղների մաքրման արդյունքներ, սակայն ոչ մի երկարաժամկետ կլինիկական բարելավում չի դիտվել: II փուլի փորձարկումը նույնպես չի ապացուցել արդյունավետություն: Բացի այդ, մասնակիցների մոտ 6%-ի մոտ առաջացավ մենինգոէնցեֆալիտ: CAD106 պատվաստանյութ (Aβ 1-6). սա ևս ակտիվ իմունիզացիայի ձև է: Նախնական տվյալները ցույց են տալիս, որ այն ապահովում է կայուն ամիլոիդ բետա հակամարմնային պատասխան և ունի երկարաժամկետ անվտանգություն: Սակայն կլինիկական արդյունավետության տվյալները դեռ ամբողջությամբ չեն հրապարակվել, ուստի կիրառման վերաբերյալ վերջնական գնահատական դեռ հնարավոր չէ տալ:

Պասիվ իմունիզացիան ներառում է պատրաստ հակամարմինների ներմուծում, որոնք ուղղված են ամիլոիդ բետա (Aβ) սպիտակուցի տարբեր հատվածների դեմ՝ նպատակ ունենալով հեռացնել այն գլխուղեղից: Չնայած բազմաթիվ ուսումնասիրություններին՝ արդյունքները հիմնականում հիասթափեցնող են եղել: Bapineuzumab (հակա-Aβ 1–5). II փուլ – չունեցավ կլինիկական արդյունավետություն, կողմնակի ազդեցություն՝ մոտ 10% մասնակիցների մոտ զարգացավ վազոգեն ալյուրոց (vasogenic oedema): APOE ε4 ալել չունեցող հիվանդների մոտ հնարավոր բարելավումների հիման վրա սկսվեցին երկու մեծ III փուլի փորձարկումներ (ε4 դրական և բացասական AD հիվանդների մոտ), սակայն երկուսն էլ բացասական արդյունք տվեցին (Salloway et al., 2014): Solanezumab (հակա-Aβ 13–28). ուղղված էր լուծված մոնոմերիկ Aβ-ի դեմ, երկու խոշոր III փուլի փորձարկումներում չապացուցեց կլինիկական օգուտ: Crenezumab (հակա-Aβ 12–23). ուղղված էր ագրեգացված (կուտակված) Aβ-ի դեմ, II փուլի մեծ փորձարկումը կլինիկական օգուտ չցուցաբերեց: Հետազոտական վերլուծության հիման վրա այս միջոցը հետագայում փորձարկվել է թեթև AD ունեցող հիվանդների

մոտ: Aducanumab (հակա-Aβ 3–6). ցուցաբերել է արդյունավետ ամփոփողի հեռացում գլխուղեղից, սակայն կլինիկական արդյունքները հակասական են եղել, և չափաբաժնի բարձրացման հետ կապված նկատվել են էական կողմնակի ազդեցություններ: Gantenerumab (հակա-Aβ 1–11). մասնագիտացված էր շատ վաղ փուլում գտնվող ԱՅ ունեցող անձանց համար (կոգնիտիվ՝ նորմալ, բայց PET-ով՝ ամփոփող դրական): Երկու տարվա RPCT փորձարկումը չհաստատեց արդյունավետություն ո՛չ հիմնական, ո՛չ էլ երկրորդային ցուցանիշների վրա:

Մի շարք ակտիվ կամ պասիվ իմունոգաղձի միջոցներ ներկայումս անցնում են երկարատև կանխարգելիչ RCT-ներ, հիմնականում՝ այն մարդկանց մոտ, որոնք ունեն Ալցհայմերի հիվանդության (ԱՅ) բարձր ռիսկ՝ կոգնիտիվ նորմալ վիճակով, սակայն ժառանգական նախատրամադրվածությամբ: Կանխարգելիչ փորձարկումներ՝ APOE ε4 դրական անձանց շրջանում. CAD106 (ակտիվ իմունոգաղձի՝ Aβ 1–6 հատվածով) փորձարկվում է կոգնիտիվ նորմալ, բայց APOE ε4 դրական անձանց շրջանում, ցույց է տվել երկարատև անվտանգություն և իմունային արձագանք, սակայն դեռևս հստակ կլինիկական տվյալներ չեն հրապարակվել: Քննարկվող դեղամիջոցներ՝ նախասիմպտոմատիկ մուտացիայի կրողների շրջանում. օգտագործվում են այն անձանց շրջանում, ովքեր ունեն ժառանգական վաղ սկսվող ԱՅ ժառանգական մուտացիա, սակայն դեռ չեն զարգացել ախտանիշներ՝ Solanezumab, Crenezumab, Gantenerumab: Այս դեղամիջոցներն այժմ փորձարկվում են նախասիմպտոմատիկ կրողների շրջանում կանխելու համար ախտանիշների զարգացումը: Gammagard. III փուլի RCT փորձարկում՝ ԱՅ ունեցող անձանց շրջանում, չհայտնաբերվեցին տարբերություններ հիմնական կլինիկական ցուցանիշների մեջ, ուստի այն արդյունավետ չի համարվել: Այլ թիրախային ուղղություններ. β-սեկրետազի ինհիբիտորներ՝ դեռևս ակտիվ մշակման փուլում են, ուղղված են Aβ-ի արտադրության նվազեցմանը: Իմունոգաղձի՝ ուղղված tangle-ների (tau-համակցությունների) տարածման կանխմանը:

Չակաբորբոքային մոտեցումներ

Ալցհայմերի հիվանդության (ԱՅ) դեպքում հակաբորբոքային դեղամիջոցների կիրառմամբ անցկացված մեծաթիվ պատահականացված վերահսկվող փորձարկումները (RCTs) չեն կարողացել հասնել հիմնական արդյունքների (Heneka և այլք, 2015): Մեծածավալ ուսումնասիրությունները՝ ներառյալ ինդոմետացինը, նապրոքսենը և ռոֆեկոքսիբը, հաջողություն չեն ունեցել ԱՅ-ի դեպքում: RCT-ները մի շարք այլ հակաբորբոքային դեղամիջոցներով՝ ներառյալ պրեդնիզոն, հիդրոքսիքլորոքին, սիմվաստատին, ատորվաստատին, ասպիրին և ռոզիգլիտազոն, նույնպես ցույց չեն տվել հիշողության հիմնական ցուցանիշներում կլինիկորեն նշանակալի փոփոխություններ: Էթաներգեպտ դեղամիջոցով անցկացված փոքր RCT-ն ցույց է տվել կլինիկական անկման որոշակի դանդաղեցում, սակայն այն դեռ չի վերարտադրվել մեծածավալ ուսումնասիրության մեջ (Butchart և այլք, 2015): Հետհետազոտական (Էպիդեմիոլոգիական) ուսումնասիրություններն ընդհանուր առմամբ ավելի դրական են NSAID-ների պաշտպանիչ ազդեցությունների վերաբերյալ: Սակայն պատահականացված վերահսկվող փորձարկումների արդյունքներն այս հնարավոր պաշտպանիչ ազդեցությունների ուղղությամբ հակասական են: Այսպես՝ ռոֆեկոքսիբով մեծածավալ փորձարկումը MCI ունեցող խմբում ցույց է տվել ԱՅ-ի

զարգացման ռիսկի մեծացում (Thal և այլք, 2005): Նմանապես, նապրոքսենոլ և ցելեկոքսիբոլ իրականացված մեկ այլ խոշոր RCT՝ ԱՅ ընտանեկան պատմությամբ, բայց ախտանշաններ չունեցող անձանց շրջանում, նախնականորեն ցույց է տվել հիշողության անկման բարձրացում երկու դեղամիջոցների դեպքում: Սակայն հետագա երկարաժամկետ հսկողությունը ցույց է տվել, որ այս բացասական ազդեցությունները հիմնականում կապված էին հիշողության վաղ խանգարում ունեցող փոքր խմբի հետ, իսկ նապրոքսենը, կարծես թե, ուներ պաշտպանիչ ազդեցություն միևնույն չորս տարի այն անձանց համար, ովքեր սկզբում ախտանշան չունեին (Alzheimer’s Disease Anti-inflammatory Prevention Trial Research Group, 2013):

Չակափսիխոտիկների օգտագործումը դեմենցիայով անձանց շրջանում

Ոչ հրատապ հակափսիխոտիկները պետք է միայն կիրառվեն դեմենցիայով տառապող հիվանդների մոտ տազնապալի վիճակների և փսիխոզների բուժման համար, երբ նման ախտանիշները սաստիկ են, վտանգավոր և/կամ հիվանդին պատճառում են էական անհարմարություն: Չիմնավորում

*Բացառությամբ հրատապ դեպքերի, երբ հակափսիխոտիկների օգտագործումը սրացման ժամանակ կարող է լինել ցուցված, հարկավոր է պարզել հակափսիխոտիկի օգտագործման ռիսկերի և օգուտների հարաբերակցությունը:

*Զանի որ վնասներն իրական են, օգտագործումը կարող է հիմնավորված լինել միայն այն դեպքում, եթե ախտանիշներն էական են:

Խորհուրդ է տրվում վերանայել ոչ դեղաբանական միջամտությունների կլինիկական արձագանքը մինչև հակափսիխոտիկի ոչ հրատապ օգտագործումը դեմենցիայով անձանց մոտ տազնապալին վիճակների կամ փսիխոզի բուժման հարցում: Չիմնավորում:

*Բուժման երկու տեսակներն էլ հանգեցնում են համեստ արդյունքների:

*Ոչ դեղաբանական միջամտությունների սահմանափակ վնասը առաջարկում է առաջին հերթին տվյալ մոտեցման կիրառումը՝ բացառությամբ հրատապ դեպքերի:

*Արձագանքի դիտարկումը կարող է օգնել պարզել՝ արդյոք կիրառվել են ոչ դեղաբանական մոտեցումները, կամ արդյո՞ք կա միջամտությունների ճշգրտման կարիք նախքան հակափսիխոզային դեղամիջոցների կիրառումը:

Խորհուրդ է տրվում, որ նախքան դեմենցիայով անձին ոչ հրատապ դեպքերում հակափսիխոտիկի նշանակումը, կլինիկական բժիշկը կատարի հակափսիխոտիկի պոտենցիալ ռիսկերի և օգուտների գնահատում, քննարկի արդյունքները հիվանդի հետ (եթե դա կլինիկորեն իրագործելի է), ինչպես նաև հիվանդի փոխարեն որոշում կայացնող անձի հետ՝ ստանալու համար հիվանդի ընտանիքի անդամների կամ այլ հարակից անձանց կարծիքները:

Մասնագետները եկել են համաձայնության, որ հակափսիխոտիկները կարող են համապատասխան կերպով կիրառվել դեմենցիայով անձանց դեպքում

վտանգավոր տազնապալի վիճակների կամ փսիխոզի համատեքստում հետևյալ դեպքերում.

- *Բարելավելու համար հիվանդի կյանքի որակը,
- *Նվազեցնելու համար հիվանդի անհանգստությունը,
- *Նվազեցնելու համար բռնության ռիսկերը,
- *Թեթևացնելու համար խնամողի վրա ընկած բեռը:

Պլացեբոյի հիման վրա վերահսկվող կամայական փորձարկումները ցույց են տալիս Ռիսպերիդոնի որոշ արդյունավետությունը փսիխոզի բուժման համար, և Ռիսպերիդոնի, Օլանզապինի և Արիպիպրազոլի որոշ արդյունավետություն տազնապալին վիճակների դեպքում:

Ազդեցության չափը	Տազնապալի վիճակ	Փսիխոզ	Ընդհանուր ԴՎՀԱ
Արիպիպրազոլ	Ցածր	NS	Ցածր
Օլանզապին	Շատ ցածր	NS	Շատ ցածր
Քվետիապին	NS	NS	NS
Ռիսպերիդոն	Ցածր	Ցածր	Շատ ցածր
Ընդհանուր ԵՍՀՓներ	Ցածր	Շատ ցածր	Շատ ցածր
Հալոպերիդոլ	Չի տարբերվում ԵՍՀՓներից	Անորոշ	Չի տարբերվում ԵՍՀՓներից

Արդյունքների հոլսալիությունը՝ հիմնվելով հետազոտության որակի վրա.

Բարձր հոլսալիություն	Միջին	Ցածր հոլսալիություն	Անբավարար տվյալներ
----------------------	-------	---------------------	--------------------

ԴՎՀԱ = Դեմենցիայի վարքային և հոգեբանական ախտանիշներ

ՎԵՐՑՎԱԾ Է՝ Maglione et al. Off-Label Use of Atypical Antipsychotics: An Update. Rockville (MD): AHRQ (US); 2011. PMID: 22132426. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK66081/>

Քվեթիապինի փորձարկումների մասին տեղեկատվությունները բավարար չեն օգուտները ճանաչելու համար:

Բացակայում են դեմենցիայով անձանց մոտ Ասենապինից, Բրեքսպիպրազոլից, Կարիպրազինից, Կլոզապինից, Իլոպերիդոնից, Լուրազիդոնից, Պալիպերիդոնից կամ Ցիպրազոլիդից դրական տեղաշարժի մասին տվյալները:

Փորձարկումների դադարեցումից ստացված տվյալները ցույց են տալիս, որ հակափսիխոտիկի օգտագործումը շարունակելը ընդհանուր առմամբ փոքր-ինչ ավելի դրական է, քան պլացեբոյին անցնելը:

Նախկին արդյունքներին չհակասող ապացույցները, որոնք հիմնականում ստացվել են ծավալուն դիտողական հետազոտությունների արդյունքում, ցույց են տալիս, որ

հակափսիխոտիկները կապված են դեմենցիայով անձանց մոտ կլինիկական նշանակալի բացասական հետևանքների հետ՝ ներառյալ մահացությունը:

Դեմենցիայով անձանց մոտ ԵՍՅՓ-ների պատճառով մահացության ռիսկը ավելի մեծ էր, քան պլացեբոյի դեպքում:

ԵՍՅՓ-ների պատճառով մահացության ռիսկը ընդհանուր առմամբ ավելի ցածր էր, քան կապված ԱՍՅՓ-ների հետ, չնայած վերջին ուսումնասիրությունների մեծ մասում օգտագործում էր հալոպերիդոլ:

Բացասական ազդեցություն	Չեռազոտական ապացույցի ընդհանուր արժանահավատությունը
Մահածություն	Բարձր է ԵՍՅՓ-ների դեպքում պլացեբոյի համեմատ և ԱՍՅՓ-ների դեպքում ԵՍՅՓ-ների համեմատ: Միջին է հալոպերիդոլի դեպքում Ռիսպերիդոնի համեմատ
Հանգստացնող ազդեցություն/հոգևածություն	Միջին
EPS	Միջին
Քաշի ավելացում	Միջին
Կաթված	Ցածր
Սիրտ և թոքային	Ցածր
Կոգնիտիվ փոփոխություններ	Ցածր
Ընկնելու/ազդրի կոտրվածքի դեպքեր	Ցածր
Դիաբետ	Ցածր
Միզուղիների հետ կապված խնդիրներ	Ցածր

ՎԵՐՑՎԱԾ Է՝ Maglione et al. Off-Label Use of Atypical Antipsychotics: An Update. Rockville (MD): AHRQ (US); 2011. PMID: 22132426. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK66081/>

ՀՎՑ	ՔայլավճՔ	EPS	Հոգևածու թյուն	Հանգստաց նող	Սիրտ- անոթային	Կաթված
Արիպիպրազոլ	--	--	22	16	--	--
Օլանզապին	21	10	34	9	48	--
Քվետիապին	--	--	34	8	--	--
Ռիսպերիդոն	33	20	34	10	34	53

Հավանական վնասի ցուցիչը (ՀՎՑ) հաշվարկված չէ աղյուսակի որոշ բջիջների համար՝ ոչ էական ազդեցության, նմուշների կամ կլինիկական փորձարկման տվյալների անբավարար լինելու պատճառով:

Երկրորդ սերնդի առանձին հակափսիխոտիկ դեղամիջոցների միջև կարող են գոյություն ունենալ մահացության ռիսկի տարբեր մակարդակներ, սակայն արժանահավատության միջակայքերը համընկնում են, իսկ ազդեցությունները կախված են չափաբաժիններից:

Արիպիպրազոլով նմուշները փոքր էին:

Բացակայում են տեղեկությունները դեմենցիայից տառապող անձանց մոտ Ասենապինի, Բրեքսպիպրազոլի, Կարիպրազինի, Կլոզապինի, Իլոպերիդոնի, Լուրազիդոնի, Պալիպերիդոնի կամ Ցիպրազիդոնի վնասների մասին:

Դեղորայքի ընտրության վերաբերյալ նկատառումները

- Ի՞նչ դրական ազդեցություն են ցույց տվել կոնկրետ դեղամիջոցները թիրախային ախտանիշի վրա (օրինակ՝ տագնապային վիճակ, փսիխոզ) կլինիկական փորձարկումների ընթացքում:

- Ո՞րն է դեղամիջոցի կողմնակի ազդեցության պրոֆիլը:

- Արդյո՞ք հիվանդը ունի զուգորդված ֆիզիկական պայմաններ, որոնք կարող են ազդել դեղամիջոցների տանելիության կամ կողմնակի ազդեցությունների հնարավորության վրա:

- Արդյո՞ք գոյություն ունեն համապատասխան ֆարմակոկինետիկ նկատառումներ (օրինակ՝ դեղերի փոխազդեցություն, ակտիվ մետաբոլիտներ):

- Դեղորայքի վերաբերյալ ի՞նչ ձևակերպումներ գոյություն ունեն, որոնք կարող են օգնել հիվանդին պահպանել թերապիայի ընթացքը:

- Արդյո՞ք գոյություն ունեն խոչընդոտներ որևէ դեղամիջոց ընդունելու համար (օրինակ՝ կարգավորող մարմնի պահանջներ, ծախսերի նկատառումներ, դեղաբանական ռեցետրում ընդգրկում, նախնական թույլտվության պահանջներ):

- Արդյո՞ք հիվանդը կամ նրա ընտանիքը նախապատվություն ունի որևէ դեղորայքի նկատմամբ:

Մասնագետների կողմից նշված գործոնները, որոնք կարող են ազդել նրանց կողմից դեմենցիայով տառապող անձանց նշանակումներ անելիս.

* Արիպիպրազոլ. օրգանիզմից երկար դուրս բերում, դեղերի միջև փոխազդեցության հավանականություն, գործողությունների կատարման մասնակի ազոնիստ մեխանիզմ, ակատիզիայի ավելի բարձր ցուցանիշներ

* Օլանզապին. հակախոլիներգիկ ազդեցությունների ավելի բարձր հավանականություն, հանգստացնող ազդեցություն, նոյթափոխանակային ազդեցություն և քաշի ավելացում

* Ռիսպերիդոն. էքստրապիրամիդալ ախտանիշների ավելի բարձր հավանականություն և հիպերպրոլակտինեմիա

* Ցիպրազիդոն. փոփոխություններ սննդի հետ ադսորբցիայում և QT ինտերվալի ընդլայնման ավելի բարձր հավանականություն

Խորհուրդ է տրվում չդիտարկել հալոպերիդոլը որպես առաջին շարքի դեղամիջոց, եթե ցուցված է հակափսիխոտիկով բուժում: Հիմնավորում:

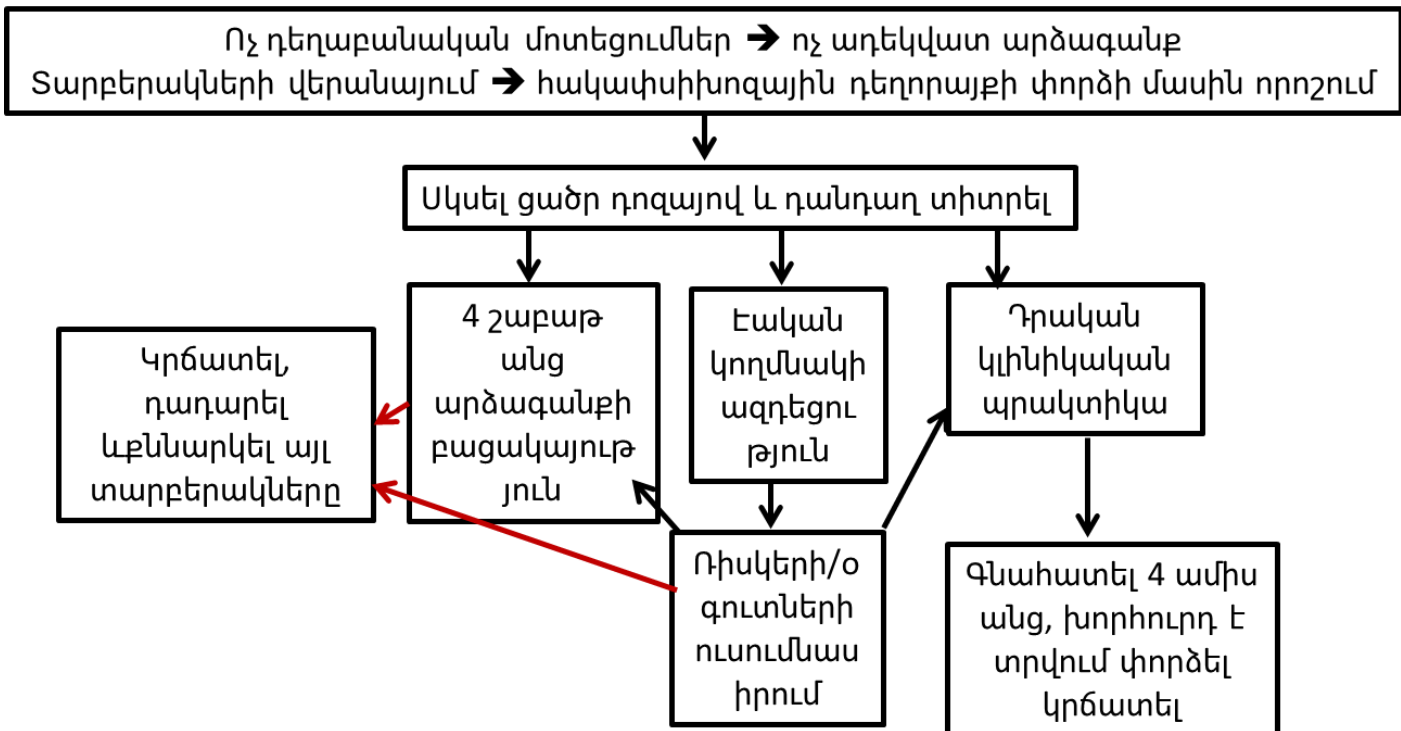
*Համեմատական տվյալները չեն ցուցադրում հալոպերիդոլի գերազանցությունը տագնապային վիճակների կամ փսիխոզների բուժման հարցում՝ ԵՍՀՓ-ների համեմատ

*Հալոպերիդոլի կիրառումը ԵՍՀՓ համեմատ կարող է ի հայտ բերել մի շարք վնասներ (մահացություն, EPS)

*Պարենտերալ եղանակով օգտագործման Հալոպերիդոլը կարող է կիրառվել, այնուամենայնիվ, կարճաժամկետ կերպով՝ հրատապ դեպքերում

Խորհուրդ է տրվում գերծ մնալ տագնապային վիճակներ և փսիխոզ ունեցող դեմենցիայով հիվանդների դեպքում երկարատև ազդեցությամբ ներարկվող հակափսիխոտիկների կիրառումից՝ բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դրանք ցուցված են զուգորդված քրոնիկական հոգեկան խանգարումների բուժման համար: Հիմնավորում:

*Հաշվի առնելով հակափսիխոտիկի պոտենցիալ վնասները և տարեց հիվանդների մոտ ֆարմակոկինետիկ գործոնները, որոնք կարող են էլ ավելի երկարաձգել գործողության տևողությունը՝ երկարատև ազդեցությամբ դեղամիջոցների ռիսկերը որոշ հիվանդների դեպքում համարվում են օգուտները գերակշռող: Ակնարկ. հակափսիխոզային դեղորայքի օգտագործում:



Խորհուրդ է տրվում դեմենցիայով անձաց մոտ առանձնացնել վարքային/հոգեբանական ախտանիշները՝ դրանց ռիսկերի/օգուտների գնահատումից հետո, բուժումը նախաձեռնել ցածր դեղաչափից և տիտրել այն մինչև նվազագույն տանելի արդյունավետ դեղաչափը: Հիմնավորում:

*Դրական կլինիկական պրակտիկա՝ հատկապես տարեց անձանց դեպքում, որը ներառում է ֆարմակոկինետիկ նկատառումներ. նյութափոխանակություն, արտազատում, փոխազդեցություն այլ դեղորայքի հետ, ավելի երկար ժամանակ է պահանջվում կայուն վիճակի մակարդակին հասնելու համար և ավելի շատ ինդիրներ՝ տանելիության հետ կապված:

Եթե դեմենցիայով անձի մոտ հակափսիխոտիկով բուժման արդյունքում ի հայտ է գալիս կլինիկորեն էական կողմնակի ազդեցություն, ապա հարկավոր է իրականացնել հակափսիխոզային դեղորայքի հավանական ռիսկերի և օգուտների վերագնահատում կլինիկական բժշկի կողմից, պարզելու համար՝ արդյոք ցուցված է դեղորայքի չափաբաժնի կրճատում կամ դադարեցում: Հիմնավորում:

*Նման վերանայումները կազմում են դրական կլինիկական պրակտիկայի մասը, թեև հաճախ կատարվում են ոչ ֆորմալ եղանակով,

*Էական կողմնակի ազդեցության ի հայտ գալը կարող է փոփոխել հակափսիխոզային դեղորայքի վերաբերյալ նախկինում առաջ բերված նկատառումները

Խորհուրդ է տրվում կրճատել և դադարեցնել դեղորայքը, եթե տագնապային վիճակներով կամ փսիխոզով դեմենցիայով հիվանդների մոտ համապատասխան չափաբաժնով հակափսիխոտիկի կիրառման 4 շաբաթվա ընթացքում փորձարկումից հետո բացակայում է կլինիկորեն էական արձագանքը: Հիմնավորում:

*Օգուտների բացակայության պարագայում հիմնավորված չէ հիվանդին հակափսիխոտիկի շարունակական ռիսկերին ենթարկելը:

Խորհուրդ է տրվում դեղորայքի կրճատման ընթացքում առնվազն ամիսը մեկ անգամ իրականացնել ախտանիշների գնահատում այն դեմենցիայով հիվանդների շրջանում, ում հակափսիխոտիկը կրճատվել է, և դեղորայքի դադարեցումից առնվազն 4 ամիս հետո՝ հայտնաբերելու համար կրկնության նշանները և նախաձեռնելու համար հակափսիխոտիկով բուժման օգուտների և ռիսկերի վերագնահատումը: Հիմնավորում:

*Կրկնության պատշաճ մշտադիտարկումը կարող է նվազագույնին հասցնել դեղորայքի կրճատման հավանական ռիսկերը և նպաստել վաղ միջամտությանը/վերսկսմանը:

Հղումներ

1. Cunningham EL, McGuinness B, Herron B, Passmore AP. Dementia. *Ulster Med J* 2015;84(2):79-87.
3. World Health Organisation. Dementia key facts 2021. Available from url: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia
4. GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health* 2022;7(2):e105-e25.
6. Loy CT, Schofield PR, Turner AM, Kwok JB. Genetics of dementia. *Lancet* 2014;383(9919):828-40.
7. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet* 2020;396(10248):413-46.
13. Scottish Parliament. Carers (Scotland) Act 2016. 2016;
22. NICE. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers NICE guideline [NG97]. 2018. [cited 19 Jun 2023]. Available from url: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>
23. Poblador-Plou B, Calder-L arra g a A, Marta-Moreno J, Hanco-Saavedra J, Sicras-Mainar A, Soljak M, et al. Comorbidity of dementia: a cross-sectional study of primary care older patients. *BMC Psychiatry* 2014;14:84.
24. Browne J, Edwards DA, Rhodes KM, Brimicombe DJ, Payne RA. Association of comorbidity and health service usage among patients with dementia in the UK: a population-based study. *BMJ Open* 2017;7(3):e012546.
25. Alzheimers Research UK. Are we ready to deliver disease modifying treatments? Old Age Psychiatrists' views on diagnosing and treating Alzheimer's disease before dementia. 2021. [cited 19 Jun 2023]. Available from url: https://www.alzheimersresearchuk.org/wp-content/uploads/2021/05/ARUK-Are-we-ready-to-deliver-disease-modifyingtreatments_25May21.pdf
26. World Health Organisation. Dementia. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2023. [cited 7 Sep 2023]. Available from url: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/546689346>
27. World Health Organisation. 6D80 Dementia due to Alzhimers Disease. 2023. [cited 7 Sep 2023]. Available from url: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f795022044>
30. World Health Organisation. 6D81 Dementia due to cerebrovascular disease. 2023. [cited 7 Sep 2023]. Available from url: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f1365258270>

31. World Health Organisation. 6D82 Dementia due to Lewy body disease. 2023. [cited 7 Sep 2023]. Available from url: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1777436789>
32. McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW, Halliday G, Taylor JP, Weintraub D, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology* 2017;89(1):88-100.
33. World Health Organisation. 6D83 Frontotemporal dementia. 2023. [cited 7 Sep 2023]. Available from url: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f831337417>
34. World Health Organisation. 6D8Z Dementia, unknown or unspecified cause. 2023. [cited 7 Sep 2023]. Available from url: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f546689346%2fmms%2funspecified>
35. World Health Organisation. 6D80.2 Alzheimer disease dementia, mixed type, with cerebrovascular disease. 2023. [cited 7th September 2023]. Available from url: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1543494610>
36. World Health Organisation. 6D80.3 Alzheimer disease dementia, mixed type, with other nonvascular aetiologies. 2023. [cited 7th September 2023]. Available from url: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1072662343>
37. NICE. Dementia: What is it? [cited 17th August 2023]. Available from url: <https://cks.nice.org.uk/topics/dementia/backgroundinformation/definition/>
38. Holmerova I, Waugh A, Macrae R, Veprkova R, Sandvide Å, Hanson E, et al. Dementia Palliare Best Practice Statement 2016. [cited 19 Jun 2023]. Available from url: <http://dementia.uws.ac.uk/documents/2015/12/dementia-palliare-bestpractice-statement-web.pdf/>
39. Tolson D, Holmerova I, Macrae R, Waugh A, Hvalič-Touzery S, de Abreu W, et al. Improving Advanced Dementia Care: An Interprofessional Palliare Learning Framework. *J Am Med Dir Assoc* 2017;18(7):561-3.
40. Scottish Government. Scotland's Carers. 2015. [cited 19 Jun 2023]. Available from url: <https://www.gov.scot/publications/scotlands-carers/>
42. Creavin ST, Wisniewski S, Noel-Storr AH, Trevelyan CM, Hampton T, Rayment D, et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; Issue 1.
43. Chan CC, Fage BA, Burton JK, Smailagic N, Gill SS, Herrmann N, et al. Mini-Cog for the detection of dementia within a secondary care setting. *Cochrane Database Syst Rev* 2021; Issue 7.

44. Seitz DP, Chan CC, Newton HT, Gill SS, Herrmann N, Smailagic N, et al. Mini-Cog for the detection of dementia within a primary care setting. *Cochrane Database Syst Rev* 2021; Issue 7.
45. Beishon LC, Batterham AP, Quinn TJ, Nelson CP, Panerai RB, Robinson T, et al. Addenbrooke's Cognitive Examination III (ACE-III) and mini-ACE for the detection of dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019; Issue 12.
46. Carpenter CR, Banerjee J, Keyes D, Eagles D, Schnitker L, Barbic D, et al. Accuracy of Dementia Screening Instruments in Emergency Medicine: A Diagnostic Meta-analysis. *Academic Emergency Medicine* 2019;26(2):226-45.
47. Davis DH, Creavin ST, Yip JL, Noel-Storr AH, Brayne C, Cullum S. Montreal Cognitive Assessment for the detection of dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2021; Issue 7.
48. Park J, Jeong E, Seomun G. The clock drawing test: A systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy. *Journal of Advanced Nursing* 2018;74(12):2742-54.
49. Nielsen TR, Segers K, Vanderaspolden V, Bekkhus-Wetterberg P, Bjørkløf GH, Beinhoff U, et al. Validation of the Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) in a multicultural sample across five Western European countries: diagnostic accuracy and normative data. *Int Psychogeriatr* 2019;31(2):287-96.
50. Burns A, Harrison JR, Symonds C, Morris J. A novel hybrid scale for the assessment of cognitive and executive function: The Free-Cog. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2021;36(4):566-72.
51. Larner AJ. Free-Cog: Pragmatic Test Accuracy Study and Comparison with Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders* 2019;47(4-6): 254-63.
52. Basic D, Khoo A, Conforti D, Rowland J, Vrantisidis F, LoGiudice D, et al. Rowland Universal Dementia Assessment Scale, MiniMental State Examination and General Practitioner Assessment of Cognition in a multicultural cohort of community-dwelling older persons with early dementia. *Australian Psychologist* 2009;44(1):40-53.
53. Brodaty H, Connors MH, Loy C, Teixeira-Pinto A, Stocks N, Gunn J, et al. Screening for Dementia in Primary Care: A Comparison of the GPCOG and the MMSE. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2016;42(5-6):323-30.
54. Brodaty H, Pond D, Kemp NM, Luscombe G, Harding L, Berman K, et al. The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(3):530-4.
56. Burton JK, Fearon P, Noel-Storr AH, McShane R, Stott DJ, Quinn TJ. Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) for the detection of dementia within a general practice (primary care) setting. *Cochrane Database Syst Rev* 2021; Issue 7.

57. Burton JK, Fearon P, Noel-Storr AH, McShane R, Stott DJ, Quinn TJ. Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) for the detection of dementia within a secondary care setting. *Cochrane Database Syst Rev* 2021; Issue 7.
58. Beishon LC, Elliott E, Hietamies TM, Mc Ardle R, O'Mahony A, Elliott AR, et al. Diagnostic test accuracy of remote, multidomain cognitive assessment (telephone and video call) for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2022; Issue 4.
59. Elliott E, Green C, Llewellyn DJ, Quinn TJ. Accuracy of Telephone-Based Cognitive Screening Tests: Systematic Review and Meta-Analysis. *Curr Alzheimer Res* 2020;17(5):460-71.
60. Lesman-Segev OH, La Joie R, Iaccarino L, Lobach I, Rosen HJ, Seo SW, et al. Diagnostic Accuracy of Amyloid versus (18) F-Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography in Autopsy-Confirmed Dementia. *Ann Neurol* 2021;89(2): 389-401
61. Dooley J, Bailey C, McCabe R. Communication in healthcare interactions in dementia: A systematic review of observational studies. *International Psychogeriatrics* 2015;27(8):1277-300.
62. Khanassov V, Vedel I. Family Physician-Case Manager Collaboration and Needs of Patients With Dementia and Their Caregivers: A Systematic Mixed Studies Review. *Annals of family medicine* 2016;14(2):166-77.
63. Yates J, Stanyon M, Samra R, Clare L. Challenges in disclosing and receiving a diagnosis of dementia: A systematic review of practice from the perspectives of people with dementia, carers, and healthcare professionals. *International Psychogeriatrics* 2021;33(11):1161-92.
64. Champlin BE. The informal caregiver's lived experience of being present with a patient who receives a diagnosis of dementia: A phenomenological inquiry. *Dementia (London)* 2020;19(2): 375-96.
66. Alothman D, Card T, Lewis S, Tyrrell E, Fogarty AW, Marshall CR. Risk of Suicide After Dementia Diagnosis. *JAMA Neurol* 2022;79(11):1148-54.
67. Mason SE, McShane R, Ritchie CW. Diagnostic tests for Alzheimer's disease: rationale, methodology, and challenges. *Int J Alzheimers Dis* 2010;2010:972685.
68. Ritchie C, Smailagic N, Noel-Storr AH, Takwoingi Y, Flicker L, Mason SE, et al. Plasma and cerebrospinal fluid amyloid beta for the diagnosis of Alzheimer's disease dementia and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014; Issue 6.
69. Kazee AM, Eskin TA, Lapham LW, Gabriel KR, McDaniel KD, Hamill RW, et al. The neuropathologic findings from a group of 123 patients who have come to autopsy from the Rochester Alzheimer Disease Project (RADP). *New York University of Rochester*; 1993.

70. Shetty A, Bickle, I. Positron emission tomography. *Radiopaedia.org*; 2022. [cited 10 Jun 2023]. Available from url: <https://radiopaedia.org/articles/positron-emission-tomography?lang=us>
71. Johnson KA, Minoshima S, Bohnen NI, Donohoe KJ, Foster NL, Herscovitch P, et al. Appropriate use criteria for amyloid PET: a report of the Amyloid Imaging Task Force, the Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging, and the Alzheimer's Association. *Alzheimers Dement* 2013;9(1):e-1-16.
72. Kolanko MA, Win Z, Loreto F, Patel N, Carswell C, Gontsarova A, et al. Amyloid PET imaging in clinical practice. *Pract Neurol* 2020;20(6):451-62.
73. Blazhenets G, Ma Y, S ensen A, Schiller F, R k er G, Eidelberg D, et al. Predictive Value of (18)F-Florbetapir and (18)F-FDG PET for Conversion from Mild Cognitive Impairment to Alzheimer Dementia. *J Nucl Med* 2020;61(4):597-603.
74. Yeo JM, Waddell B, Khan Z, Pal S. A systematic review and meta-analysis of (18)F-labeled amyloid imaging in Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement (Amst)* 2015;1(1):5-13.
75. Morris E, Chalkidou A, Hammers A, Peacock J, Summers J, Keevil S. Diagnostic accuracy of (18)F amyloid PET tracers for the diagnosis of Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2016;43(2):374-85.
76. Ramusino MC, Perini G, Altomare D, Barbarino P, Weidner W, Porro SG, et al. Outcomes of clinical utility in amyloid-PET studies: state of art and future perspectives. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2021;48(7):2157-68.
77. Fantoni ER, Chalkidou A, O'Brien JT, Farrar G, Hammers A. A Systematic Review and Aggregated Analysis on the Impact of Amyloid PET Brain Imaging on the Diagnosis, Diagnostic Confidence, and Management of Patients being Evaluated for Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's Disease* 2018;63(2):783-96.
78. de Wilde A, van der Flier WM, Pelkmans W, Bouwman F, Verwer J, Groot C, et al. Association of Amyloid Positron Emission Tomography With Changes in Diagnosis and Patient Treatment in an Unselected Memory Clinic Cohort: The ABIDE Project. *JAMA Neurol* 2018;75(9):1062-70.
79. Leuzy A, Savitcheva I, Chiotis K, Lilja J, Andersen P, Bogdanovic N, et al. Clinical impact of [(18)F]flutemetamol PET among memory clinic patients with an unclear diagnosis. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2019;46(6):1276-86.
80. Matsuda H, Okita K, Motoi Y, Mizuno T, Ikeda M, Sanjo N, et al. Clinical impact of amyloid PET using (18)F-florbetapir in patients with cognitive impairment and suspected Alzheimer's disease: a multicenter study. *Ann Nucl Med* 2022;36(12):103949.
81. Rabinovici GD, Gatsonis C, Apgar C, Chaudhary K, Gareen I, Hanna L, et al. Association of Amyloid Positron Emission Tomography With Subsequent Change in Clinical Management Among Medicare Beneficiaries With Mild Cognitive Impairment or Dementia. *JAMA* 2019;321(13):1286-94.

82. Trivi-Ibá z EM, Sánchez-Va R, Sopena-Novales P, Romero-Fábrega JC, Rodríguez-Fernández A, Carnero Pardo C, et al. Impact of amyloid-PET in daily clinical management of patients with cognitive impairment fulfilling appropriate use criteria. *Medicine (Baltimore)* 2019;98(29):e16509.
83. Carswell CJ, Win Z, Muckle K, Kennedy A, Waldman A, Dawe G, et al. Clinical utility of amyloid PET imaging with (18) F-florbetapir: a retrospective study of 100 patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2018;89(3):294-9.
84. The Royal College of Radiologists. *IR(MER)R Implications for clinical practice in diagnostic imaging, interventional radiology and diagnostic nuclear medicine* 2020. [cited 10 Jun 2023]. Available from url: <https://www.rcr.ac.uk/publication/irmerimplications-diagnostic-imaging-interventional-radiologydiagnostic-nuclear-medicine>
85. Administration of Radioactive Substances Advisory Committee (ARSAC). *Notes for guidance on the clinical administration of radiopharmaceuticals and use of sealed radioactive sources*. 2023. [cited 20 Jun 2023]. Available from url: <https://www.gov.uk/government/publications/arsac-notes-for-guidance>
86. Hornberger J, Bae J, Watson I, Johnston J, Happich M. Clinical and cost implications amyloid beta detection with amyloid beta positron emission tomography imaging in early Alzheimer's disease - the case of florbetapir. *Curr Med Res Opin* 2017;33(4):675-85.
87. Schindler SE. *Fluid Biomarkers in Dementia Diagnosis*. *Continuum (Minneapolis)* 2022;28(3):822-33.
88. Moller EG, Edwin TH, Stokke C, Navelsaker SS, Babovic A, Bogdanovic N, et al. Amyloid- β PET-Correlation with cerebrospinal fluid biomarkers and prediction of Alzheimer's disease diagnosis in a memory clinic. *PLoS One* 2019;14(8):e0221365.
89. Seeburger JL, Holder DJ, Combrinck M, Joachim C, Laterza O, Tanen M, et al. Cerebrospinal fluid biomarkers distinguish postmortem-confirmed Alzheimer's disease from other dementias and healthy controls in the OPTIMA cohort. *J Alzheimers Dis* 2015;44(2):525-39.
90. Palmqvist S, Insel PS, Stomrud E, Janelidze S, Zetterberg H, Brix B, et al. Cerebrospinal fluid and plasma biomarker trajectories with increasing amyloid deposition in Alzheimer's disease. *EMBO Mol Med* 2019;11(12):e11170.
91. Ritchie C, Smailagic N, Noel-Storr AH, Ukoumunne O, Ladds EC, Martin S. CSF tau and the CSF tau/ABeta ratio for the diagnosis of Alzheimer's disease dementia and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI). *Cochrane Database Syst Rev* 2017; Issue 3.
92. Zwan M, van Harten A, Ossenkoppelaar R, Bouwman F, Teunissen C, Adriaanse S, et al. Concordance between cerebrospinal fluid biomarkers and [11C]PIB PET in a memory clinic cohort. *J Alzheimers Dis* 2014;41(3):801-7.
93. Kokkinou M, Beishon LC, Smailagic N, Noel-Storr AH, Hyde C, Ukoumunne O, et al. Plasma and cerebrospinal fluid ABeta42 for the differential diagnosis of

Alzheimer's disease dementia in participants diagnosed with any dementia subtype in a specialist care setting. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021; Issue 2.

98. Shaw LM, Arias J, Blennow K, Galasko D, Molinuevo JL, Salloway S, et al. *Appropriate use criteria for lumbar puncture and cerebrospinal fluid testing in the diagnosis of Alzheimer's disease. Alzheimers Dement 2018;14(11):1505-21.*

99. Duits FH, Martinez-Lage P, Paquet C, Engelborghs S, Lle A, Hausner L, et al. *Performance and complications of lumbar puncture in memory clinics: Results of the multicenter lumbar puncture feasibility study. Alzheimers Dement 2016;12(2):15463.*

100. Peskind ER, Riekse R, Quinn JF, Kaye J, Clark CM, Farlow MR, et al. *Safety and acceptability of the research lumbar puncture. Alzheimer Dis Assoc Disord 2005;19(4):220-5.*

101. Hampel H, Shaw LM, Aisen P, Chen C, Lle A, Iwatsubo T, et al. *State-of-the-art of lumbar puncture and its place in the journey of patients with Alzheimer's disease. Alzheimers Dement 2022;18(1):159-77.*

102. Engelborghs S, Niemantsverdriet E, Struyfs H, Blennow K, Brouns R, Comabella M, et al. *Consensus guidelines for lumbar puncture in patients with neurological diseases. Alzheimers Dement (Amst) 2017;8:111-26.*

104. Scottish Government. *NHS Scotland performance against LDP standards. 2022. [cited 20 Jun 2023]. Available from url: <https://www.gov.scot/publications/nhsscotland-performanceagainst-ldp-standards/pages/dementia-post-diagnosticsupport/>*

107. Bunn F, Goodman C, Sworn K, Rait G, Brayne C, Robinson L, et al. *Psychosocial Factors That Shape Patient and Carer Experiences of Dementia Diagnosis and Treatment: A Systematic Review of Qualitative Studies. PLoS Med 2012;9(10):e1001331.*

108. Cross AJ, Garip G, Sheffield D. *The psychosocial impact of caregiving in dementia and quality of life: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. Psychol Health 2018;33(11):1321-42.*

110. Low L-F, Swaffer K, McGrath M, Brodaty H. *Do people with early stage dementia experience prescribed disengagement? A systematic review of qualitative studies. International Psychogeriatrics 2018;30(6):807-31.*

111. Prorok JC, Horgan S, Seitz DP. *Health care experiences of people with dementia and their caregivers: a meta-ethnographic analysis of qualitative studies. CMAJ 2013;185(14):E669-80.*

112. Bunn F, Sworn K, Brayne C, Iliffe S, Robinson L, Goodman C. *Contextualizing the findings of a systematic review on patient and carer experiences of dementia diagnosis and treatment: a qualitative study. Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy 2015;18(5):740-53.*

113. Chirico I, Ottoboni G, Valente M, Chattat R. Children and young people's experience of parental dementia: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2021;36(7):975
114. Francis N, Hanna P. Informal carer experiences of UK dementia services - a systematic review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2022;29(1):116-29.
115. Gregg JE, Simpson J, Nilforooshan R, Perez-Algorta G. What is the relationship between people with dementia and their caregiver's illness perceptions post-diagnosis and the impact on help-seeking behaviour? A systematic review. *Dementia (London)* 2021;20(7):2597-617.
116. Macdonald M, Martin-Misener R, Weeks L, Helwig M, Moody E, MacLean H. Experiences and perceptions of spousal/partner caregivers providing care for community-dwelling adults with dementia: a qualitative systematic review. *JBI Evid Synth* 2019;18(4):647-703.
117. Greenwood N, Smith R. The experiences of people with young-onset dementia: A meta-ethnographic review of the qualitative literature. *Maturitas* 2016;92:102-9.
118. Sansoni J, Duncan C, Grootemaat P, Capell J, Samsa P, Westera A. Younger Onset Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 2016;31(8):693-705.
119. von Kutzleben M, Schmid W, Halek M, Holle B, Bartholomeyczik S. Community-dwelling persons with dementia: what do they need? What do they demand? What do they do? A systematic review on the subjective experiences of persons with dementia. *Aging & mental health* 2012;16(3):378-90.
120. Millenaar JK, Bakker C, Koopmans RT, Verhey FR, Kurz A, de Vugt ME. The care needs and experiences with the use of services of people with young-onset dementia and their caregivers: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2016;31(12):1261-76.
121. Spreadbury JH, Kipps C. Measuring younger onset dementia: What the qualitative literature reveals about the 'lived experience' for patients and caregivers. *Dementia (London)* 2019;18(2):579-98.
122. Nunnemann S, Kurz A, Leucht S, Diehl-Schmid J. Caregivers of patients with frontotemporal lobar degeneration: A review on burden, problems, needs and interventions. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2012;24(9):1368-86.
124. O'Malley M, Carter J, Stamou V, LaFontaine J, Oyebode J, Parkes J. Receiving a diagnosis of young onset dementia: a scoping review of lived experiences. *Aging & mental health* 2021;25(1):1-12.
125. Young Dementia Network. Young onset dementia pathway. Diagnosis and support for people with young onset dementia and their families. 2022. [cited 20 Jun 2023]. Available from url: <https://www.youngdementianetwork.org/wp-content/uploads/2022/03/Young-onset-dementia-pathway-03-2022FINAL.pdf>

126. James IA, Reichelt FK, Duffy F, Moniz-Cook E. Getting our terminology right: The power of language. *Journal of Dementia Care* 2021;29(2):24-7.
127. Afram B, Stephan A, Verbeek H, Bleijlevens MH, Suhonen R, Sutcliffe C, et al. Reasons for institutionalization of people with dementia: informal caregiver reports from 8 European countries. *J Am Med Dir Assoc* 2014;15(2):108-16.
128. Hope T, Keene J, Gedling K, Fairburn CG, Jacoby R. Predictors of institutionalization for people with dementia living at home with a carer. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13(10):682-90.
129. Sampson EL, White N, Leurent B, Scott S, Lord K, Round J, et al. Behavioural and psychiatric symptoms in people with dementia admitted to the acute hospital: prospective cohort study. *Br J Psychiatry* 2014;205(3):189-96.
130. James I, Stephenson M. Behaviour that challenges us: The Newcastle support model. *Journal of Dementia Care* 2007;15(5):19-22.
134. Gitlin LN, Marx KA, Stanley IH, Hansen BR, Van Haitsma KS. Assessing neuropsychiatric symptoms in people with dementia: a systematic review of measures. *Int Psychogeriatr* 2014;26(11):1805-48.
136. Brasure M, Jutkowitz E, Fuchs E, Nelson VA, Kane RA, Shippee T, et al. Nonpharmacologic Interventions for Agitation and Aggression in Dementia. Comparative Effectiveness Review No. 177. Rockville; 2016. [cited 21 Jun 2023]. Available from url: https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/dementia-agitation-aggression_research.pdf
137. Deshmukh SR, Holmes J, Cardno A. Art therapy for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; Issue 9.
138. Ballard C, Corbett A, Orrell M, Williams G, Moniz-Cook E, Romeo R, et al. Impact of person-centred care training and personcentred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A clusterrandomised controlled trial. *PLoS Med* 2018;15(2):e1002500.
139. Lichtwarck B, Selbaek G, Kirkevold Ø, Rokstad AMM, Benth J, Lindstrøm JC, et al. Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Am J Geriatr Psychiatry* 2018;26(1):25-38.
140. Livingston G, Barber J, Marston L, Stringer A, Panca M, Hunter R, et al. Clinical and cost-effectiveness of the Managing Agitation and Raising Quality of Life (MARQUE) intervention for agitation in people with dementia in care homes: a singleblind, cluster-randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2019;6(4):293-304.
141. Surr CA, Holloway I, Walwyn RE, Griffiths AW, Meads D, Kelley R, et al. Dementia Care Mapping™ to reduce agitation in care home residents with dementia: the EPIC cluster RCT. *Health Technol Assess* 2020;24(16):1-172.

142. Moniz Cook ED, Swift K, James I, Malouf R, De Vugt M, Verhey F. *Functional analysis-based interventions for challenging behaviour in dementia*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; Issue 2.
143. Möhler R, Renom A, Renom H, Meyer G. *Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in community settings*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020; Issue 8.
144. Möhler R, Renom A, Renom H, Meyer G. *Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in long-term care*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018; Issue 2.
145. Lu S, Zhang AY, Liu T, Choy JCP, Ma MSL, Wong G, et al. *Degree of personalisation in tailored activities and its effect on behavioural and psychological symptoms and quality of life among people with dementia: a systematic review and metaanalysis*. *BMJ Open* 2021;11(11):e048917
155. Supiano KP, Andersen TC, Haynes LB. *Sudden-On-Chronic Death and Complicated Grief in Bereaved Dementia Caregivers: Two Case Studies of Complicated Grief Group Therapy*. *J Soc Work End Life Palliat Care* 2015;11(3-4):267-82.
156. Neimeyer RA, Currier JM. *Grief Therapy: Evidence of Efficacy and Emerging Directions*. *Current Directions in Psychological Science* 2009;Volume 18(6):352-56.
157. Lundorff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. *Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis*. *J Affect Disord* 2017;212:138-49.
158. Iglewicz A, Shear MK, Reynolds CF, 3rd, Simon N, Lebowitz B, Zisook S. *Complicated grief therapy for clinicians: An evidencebased protocol for mental health practice*. *Depress Anxiety* 2020;37(1):90-8.
159. Coelho A, de Brito M, Barbosa A. *Caregiver anticipatory grief: phenomenology, assessment and clinical interventions*. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care* 2018;12(1):52-7.
160. Rando TA. *Loss and anticipatory grief*. Massachusetts: Lexington Books; 1986.
161. Chan D, Livingston G, Jones L, Sampson EL. *Grief reactions in dementia carers: a systematic review*. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2013;28(1):1-17.
162. Large S, Slinger R. *Grief in caregivers of persons with Alzheimer's disease and related dementia: a qualitative synthesis*. *Dementia (London)* 2015;14(2):164-83.
163. Noyes BB, Hill RD, Hicken BL, Luptak M, Rupper R, Dailey NK, et al. *The role of grief in dementia caregiving*. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 2010;25(1):9-17.
164. Holley CK, Mast BT. *The impact of anticipatory grief on caregiver burden in dementia caregivers*. *Gerontologist* 2009;49(3):388-96.

165. Lindauer A, Harvath TA. Pre-death grief in the context of dementia caregiving: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2014;70(10):2196-207.
166. Clemerson G, Walsh S, Isaac C. Towards living well with young onset dementia: An exploration of coping from the perspective of those diagnosed. *Dementia (London)* 2014;13(4):451-66.
167. Griffin J, Oyebode JR, Allen J. Living with a diagnosis of behavioural-variant frontotemporal dementia: The person's experience. *Dementia (London)* 2016;15(6):1622-42.
168. Harris PB. The perspective of younger people with dementia: Still an overlooked population. *Social Work in Mental Health. Soc Work Ment Health* 2004;2(4):17–36.
170. Cabote CJ, Bramble M, McCann D. Family Caregivers' Experiences of Caring for a Relative With Younger Onset Dementia: A Qualitative Systematic Review. *Journal of Family Nursing* 2015;21(3):443-68.
171. Keady J, Ashcroft-Simpson S, Halligan K, Williams S. Admiral nursing and the family care of a parent with dementia: using autobiographical narrative as grounding for negotiated clinical practice and decision-making. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2007;21(3):345-53.
172. Wladkowski SP. Live Discharge from Hospice and the Grief Experience of Dementia Caregivers. *J Soc Work End Life Palliat Care* 2016;12(1-2):47-62.
173. Dehpour T, Koffman J. Assessment of anticipatory grief in informal caregivers of dependants with dementia: a systematic review. *Aging Ment Health* 2023;27(1):110-23.
174. Meichsner F, Schinkothe D, Wilz G. Managing Loss and Change: Grief Interventions for Dementia Caregivers in a CBT-Based Trial. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 2016;31(3):231-40.
175. Liew TM, Tai BC, Wee SL, Koh GC, Yap P. The Longitudinal Effects of Caregiver Grief in Dementia and the Modifying Effects of Social Services: A Prospective Cohort Study. *Journal of the American Geriatrics Society* 2020;68(10):2348-53.
176. MacCourt P, McLennan M, Somers S, Krawczyk M. Effectiveness of a Grief Intervention for Caregivers of People With Dementia. *Omega - Journal of Death & Dying* 2017;75(3):230-47.
177. Bravo-Benitez J, Cruz-Quintana F, Fernandez-Alcantara M, Perez-Marfil MN. Intervention Program to Improve GriefRelated Symptoms in Caregivers of Patients Diagnosed With Dementia. *Frontiers in Psychology* 2021;12:628750.
178. Meichsner F, Wilz G. Dementia caregivers' coping with predeath grief: effects of a CBT-based intervention. *Aging & Mental Health* 2018;22(2):218-25.
180. Paun O, Farran CJ, Fogg L, Loukissa D, Thomas PE, Hoyem R. A chronic grief intervention for dementia family caregivers in long-term care. *Western Journal of Nursing Research* 2015;37(1):6-27.

181. Lewis MM, Trzinski AL. Counseling older adults with dementia who are dealing with death: innovative interventions for practitioners. *Death Studies* 2006;30(8):777-87.
182. Watanabe A, Suwa S. The mourning process of older people with dementia who lost their spouse. *Journal of Advanced Nursing* 2017;73(9):2143-55.
189. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 2005;330(7498):1007-11.
190. Gijsberts MJ, van der Steen JT, Muller MT, Hertogh CM, Deliëns L. Spiritual end-of-life care in Dutch nursing homes: an ethnographic study. *J Am Med Dir Assoc* 2013;14(9):679-84.
191. van der Steen JT. Dying with dementia: what we know after more than a decade of research. *J Alzheimers Dis* 2010;22(1):37-55.
193. World Health Organisation. Palliative Care. 2020. [cited 22 Jun 2023]. Available from url: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
195. Browne B, Kupeli N, Moore KJ, Sampson EL, Davies N. Defining end of life in dementia: A systematic review. *Palliat Med* 2021;35(10):1733-46.
196. van der Steen JT, Radbruch L, Hertogh CM, de Boer ME, Hughes JC, Larkin P, et al. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med* 2014;28(3):197-209.
198. Aminoff BZ, Adunsky A. Their last 6 months: suffering and survival of end-stage dementia patients. *Age Ageing* 2006;35(6):597-601.
205. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol* 2017;18(9):e543-e51.
210. Care Quality Commission. Protect, respect, connect – decisions about living and dying well during COVID-19. 2021. [cited 22 Jun 2023]. Available from url: <https://www.cqc.org.uk/publications/themed-work/protect-respect-connect-decisionsabout-living-dying-well-during-covid-19>
211. Harrison Denning K, King M, Jones L, Vickerstaff V, Sampson EL. Advance Care Planning in Dementia: Do Family Carers Know the Treatment Preferences of People with Early Dementia? *PLoS One* 2016;11(7):e0159056.
212. Cresp SJ, Lee SF, Moss C. Substitute decision makers' experiences of making decisions at end of life for older persons with dementia: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Dementia (London)* 2020;19(5):1532-59.
213. Piers R, Albers G, Gilissen J, De Lepeleire J, Steyaert J, Van Mechelen W, et al. Advance care planning in dementia: recommendations for healthcare professionals. *BMC Palliat Care* 2018;17(1):88.

214. Wendrich-van Dael A, Bunn F, Lynch J, Pivodic L, Van den Block L, Goodman C. Advance care planning for people living with dementia: An umbrella review of effectiveness and experiences. *Int J Nurs Stud* 2020;107:103576.
215. Geddis-Regan A, Errington L, Abley C, Wassall R, Exley C, Thomson R. Enhancing shared and surrogate decision making for people living with dementia: A systematic review of the effectiveness of interventions. *Health Expect* 2021;24(1): 19-32.
216. van der Steen JT, van Soest-Poortvliet MC, Hallie-Heierman M, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L, de Boer ME, et al. Factors associated with initiation of advance care planning in dementia: a systematic review. *Journal of Alzheimer's Disease* 2014;40(3):743-57.