

УДК 616.895.7-009.884:616.831-008.46

<https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.1.200419>

Н.О. Марута<sup>1</sup>,  
К.В. Шевченко-Бітенський<sup>2</sup>,  
Г.Ю. Каленська<sup>1</sup>

## КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНИМИ РОЗЛАДАМИ ПРИ СУДИННИХ ДЕМЕНЦІЯХ ПОМІРНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»<sup>1</sup>  
вул. Ак. Павлова, 46, Харків, 61068, Україна

ДЗ «Південний Український національний педагогічний університет  
імені К.Д. Ушинського»<sup>2</sup>

вул. Старопортофранківська, 26, Одеса, 65020, Україна

SI «Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine»<sup>1</sup>

Ak. Pavlova str., 46, Kharkiv, 61068, Ukraine

e-mail: mscience@ukr.net

SI «South Ukrainian National Pedagogical University named after K.D. Ushynsky»<sup>2</sup>

Staroportofrankivska str., 26, Odesa, 65020, Ukraine

email: 380482@gmail.com

**Цитування:** Медичні перспективи. 2020. Т. 25, № 1. С. 185-192

**Cited:** Medicni perspektivi. 2020;25(1):185-192

**Ключові слова:** судинна деменція, галюцинаторно-параноїдні розлади, клініко-психопатологічна структура, соціальне функціонування, помірний ступінь тяжкості деменції

**Ключевые слова:** сосудистая деменция, галлюцинаторно-параноидные расстройства, клинико-психопатологическая структура, социальное функционирование, умеренная степень тяжести деменции

**Key words:** vascular dementia, hallucinatory-paranoid disorders, clinical and psychopathological structure, social functioning, dementia of moderate severity

**Реферат.** Клинико-психопатологическая характеристика и социальное функционирование пациентов с галлюцинаторно-параноидными расстройствами при сосудистой деменции средней степени тяжести. Марута Н.О., Шевченко-Битенський К.В., Каленская Г.Ю. Актуальность исследования определяется высокой распространенностью деменции, значительными экономическими затратами на ее лечение, негативными последствиями в виде инвалидизации и снижения качества социального функционирования. Целью исследования стало - изучить клинико-психопатологические особенности и специфику социального функционирования пациентов с галлюцинаторно-параноидными расстройствами (ГПР) при сосудистой деменции (СД) средней степени тяжести (ССТ). Для достижения поставленной цели был использован комплексный методологический подход, который реализовывался с помощью клинико-психопатологического метода, дополненного использованием психометрических шкал (нейропсихиатрический опросник (NPI), шкала глобального функционирования (GAF), шкала степени ограничения возможностей (WHO/DAS), Бристольская шкала активности в повседневной жизни (BADL)) и методов математической обработки данных. В исследовании клинико-психопатологических особенностей и социального функционирования пациентов с ГПР при СД ССТ приняло участие 75 пациентов. 41 больной с ГПР при СД ССТ и 34 больных без психотических расстройств вошли в контрольную группу. В структуре клинико-психопатологических проявлений у больных с ГПР при СД ССТ выявлено: преобладание частых бредовых идей материального ущерба, ограбления и ревности в умеренной степени выраженности; сочетание ГПР с частым бродяжничеством; периодической умеренной вербальной агрессией; частыми расстройствами ритма день / ночь, частым снижением настроения, проявляется в форме дисфории; страхом остаться одному; с частыми состояниями раздражительности. Установлено выраженное негативное влияние ГПР на функцию общения, качество и уровень участия в выполнении родительской роли, потребность и эффективность социальных контактов, эффективность поведения в нестандартных и сложных условиях. Определено влияние ГПР на формирование у больных этой группы ограничений их жизнедеятельности в коммуникации, умении пользоваться телефоном, делать покупки, распоряжаться финансами и пользоваться транспортом. Доказано, что величина общего социального функционирования пациентов соответствовала диапазону нарушений от серьезного ухудшения функционирования в социальной и профессиональной сферах – до неспособности функционирования в отдельных сферах жизнедеятельности.

**Abstract. Clinical and psychopathological characteristics and social functioning of patients with hallucinatory-paranoid disorders in moderate vascular dementia. Maruta N.O., Shevchenko-Bitensky K.V., Kalenska G.Yu.** The relevance of the study is determined by a high prevalence of dementia, significant economic costs of treatment, negative consequences in the form of disability and decrease in the quality of social functioning. The aim of the research was to study the clinical and psychopathological characteristics and specificity of the social functioning of patients with hallucinatory-paranoid disorders (HPD) in moderate vascular dementia (MVD). To achieve this goal, a comprehensive methodological approach was used, which was implemented using the clinical and psychopathological method, supplemented by the use of psychometric scales (neuropsychiatric inventory (NPI), global assessment functioning scale (GAF), disability assessment scale (WHO / DAS), Bristol daily activity scale (BADL)) and methods of mathematical data processing. In a study of clinical-psychopathological characteristics and social functioning of patients with HPD in MVD 75 patients took part. 41 patients with HPD (main group) and 34 patients without psychotic disorders (control group) were examined. In the structure of clinical-psychopathological manifestations in patients with HPD in MVD the following symptoms were revealed: the prevalence of frequent delusional ideas of material damage, robbery and jealousy - in a moderate degree; a combination of HPD with frequent vagrancy; periodic moderate verbal aggression; frequent rhythm disturbances day / night, frequent low mood, manifested in the form of dysphoria; fear of being alone; frequent states of irritability. The expressed negative influence of HPD on communication function, quality and level of participation in fulfilling the parental role, the need and effectiveness of social contacts, the effectiveness of behavior in non-standard and difficult conditions was established. The influence of HPD on the formation of limitations of their vital functions in communication, ability to use the phone, make purchases, manage finances and use transport in patients of this group was defined. It was proved that the range of social functioning of patients corresponded to disorders ranging from a serious deterioration in functioning in the social and professional spheres - to the inability of functioning in certain areas of life.

Останнім часом деменції визнаються однією з провідних причин стійкої інвалідизації і смертності хворих [16]. За останніми даними, майже у 8 мільйонів осіб у світі розвивається деменція щороку, що відповідає новому випадку захворювання кожні чотири секунди. У 2015 р. деменція була діагностована більше, ніж у 47 мільйонів осіб по всьому світу, при цьому очікується, що цей показник виросте до 76 мільйонів 2030 року і 145 мільйонів до 2050 року [1, 16].

Деменція є великим тягарем для суспільства. Економічні втрати, пов'язані з деменцією в осіб похилого та старечого віку, становлять, згідно з даними Національного інституту здоров'я США, 90 млрд доларів на рік [13, 15]. Крім того, що деменція є значною проблемою з точки зору розповсюдженості патології і пов'язаних з нею витрат, вона чинить надзвичайно сильний вплив на людей, які страждають на неї, на їх сім'ї і на тих, хто здійснює догляд за пацієнтами, – у медичному, психологічному та емоційному відношенні. Поведінкові й психологічні симптоми деменції мають величезний вплив на якість життя хворих і тих, хто здійснює догляд за ними (карегіверам) [1, 2, 7, 8, 14].

У зв'язку з цим, дослідження особливостей клініко-психопатологічної структури і соціального функціонування (СФ) пацієнтів з судинною деменцією і їх родичів є актуальним, оскільки дає можливість удосконалити реабілітаційні заходи, спрямовані на допомогу хворим з деменцією й особам, які надають догляд [3, 4, 11, 15, 16].

Мета дослідження – вивчити клініко-психопатологічні особливості та специфіку соціаль-

ного функціонування пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами (ГПР) при судинних деменціях (СД) помірного ступеня тяжкості.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Вивчення особливостей СФ та клініко-психопатологічної структури хворих з СД помірного ступеня тяжкості (ПСТ) було проведено на вибірці 41-го пацієнта зі змішаною кірково-підкірковою дисфункцією з галюцинаторно-параноїдними симптомами - F01.3 (1-2) (основна група). В якості контрольної групи в дослідженні брали участь 34 пацієнти з СД ПСТ (F01.3) без психотичних розладів.

Для досягнення поставленої мети був використаний комплексний методологічний підхід, що реалізовувався за допомогою клініко-психопатологічного метода, доповненого використанням психометричних шкал (нейропсихіатричний опитувальник (NPI), шкала глобального функціонування (GAF); шкала обмеження життєдіяльності (WHO/DAS); Брістольська шкала активності в повсякденному житті (BADL)) [9, 10, 12]. Методи математичної статистики використовували для визначення середніх величин кількісних параметрів, їхніх стандартних помилок (у форматі  $M \pm m$ ), достовірності відмінностей (критерії Стьюдента-Фішера [t], Колмогорова-Смірнова [ $\lambda$ ]), взаємозв'язків між показниками (точний метод Фішера [ТМФ]). Складові та елементи клініко-психопатологічних особливостей та соціального функціонування пацієнтів з ГПР при СД ПСТ визначали шляхом розрахунку діагностичних коефіцієнтів (ДК) і мір інформативності Кульбака (МІ) для кожної з

досліджених ознак із подальшим формуванням зведених диференційно-діагностичних таблиць, що використовуються в послідовній діагностичній процедурі Вальда за допомогою програм SPSS 15.0 та MS Excel v.8.0.3 [5, 6].

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз результатів вивчення клінічних характеристик (частоти, вираженості) психопатологічних і поведінкових розладів пацієнтів з СД ПСТ показав, що в основній групі хворих статистично достовірними клінічними характеристиками психотичних розладів виступали

маячні розлади ( $3,3 \pm 0,4$  бала, при  $p=0,034$ , порівняно з контрольною групою хворих), які були часті, до кількох разів на тиждень, але не кожного дня, та проявлялись маячними ідеями матеріального збитку, пограбування, обкрадання, нечесності, ревнощів (табл. 1). При цьому маячні розлади були помірного ступеня вираженості ( $2,4 \pm 0,4$  бала, при  $p=0,041$ , порівняно з контрольною групою хворих) і зумовлювали неспокій та неадекватну поведінку пацієнта і характеризувались труднощами в їх корегуванні зовні.

Таблиця 1

### Клінічні характеристики психопатологічних і поведінкових розладів у пацієнтів з СД ПСТ (за середніми значеннями ( $M \pm \sigma$ ) за шкалою NPI)

Психопатологічні та поведінкові розлади	Клінічні характеристики			
	частота		вираженість	
	основна група	контрольна група	основна група	контрольна група
	$M \pm \sigma$			
1	2	3	4	5
А. Маячні ідеї	$3,3 \pm 0,4$ *	-	$2,4 \pm 0,4$ *	-
Б. Галюцинації	$2,0 \pm 0,4$	-	$1,3 \pm 0,3$	-
В. Порушення (агресія)	$2,5 \pm 0,6$ *	$1,4 \pm 0,3$	$2,3 \pm 0,3$ *	$1,2 \pm 0,1$
Г. Депресія (дисфорія)	$3,4 \pm 0,5$ *	$2,0 \pm 0,3$	$2,4 \pm 0,3$ *	$1,4 \pm 0,3$
Д. Тривога	$2,0 \pm 0,3$	$1,8 \pm 0,4$	$1,7 \pm 0,2$	$1,5 \pm 0,2$
Е. Гіпертимія (піднесений настрій, ейфорія)	$1,6 \pm 0,2$	$1,4 \pm 0,1$	$1,4 \pm 0,3$	$1,5 \pm 0,3$
Ж. Апатія (байдужість, індіферентність)	$1,9 \pm 0,3$	$1,8 \pm 0,3$	$2,0 \pm 0,4$	$2,2 \pm 0,3$
З. Розгальмування	$1,5 \pm 0,3$	$1,6 \pm 0,3$	$2,3 \pm 0,5$	$2,2 \pm 0,3$
І. Дратівливість	$3,1 \pm 0,5$ *	$1,8 \pm 0,4$	$2,3 \pm 0,4$ *	$1,3 \pm 0,2$
К. Аномальна рухова активність (неадекватне рухова поведінка)	$3,4 \pm 0,4$ *	$1,9 \pm 0,3$	$2,5 \pm 0,5$ *	$1,4 \pm 0,3$
Л. Сон і порушення поведінки в нічний час	$3,2 \pm 0,2$ *	$2,0 \pm 0,3$	$2,6 \pm 0,4$ *	$1,4 \pm 0,2$
М. Порушення апетиту і харчової поведінки	$1,4 \pm 0,3$	$1,5 \pm 0,3$	$2,2 \pm 0,5$	$2,1 \pm 0,3$

Примітки: \* – відмінності статистично достовірні при  $p < 0,05$ ; \*\* – відмінності статистично достовірні при  $p < 0,01$ .

Також в основній групі визначався стан агресивного збудження, який виникав не рідше одного разу на тиждень ( $2,5 \pm 0,6$  бала, при  $p=0,037$ , порівняно з контрольною групою). При цьому в 48,8% хворих ( $p=0,009$ ) стан агресивного

збудження перебігав переважно у вербальній формі (пацієнти сердились на тих, хто намагався допомогти, не йшли назустріч у спілкуванні, кричали, лаялися при спробі оточуючих допомогти в побутових проблемах, питаннях

особистої гігієни тощо) та був виражений у помірному ступені ( $2,3 \pm 0,3$  бала, при  $p=0,027$ , порівняно з контрольною групою), що виражалось у наявності деструктивних симптомів, які важко було коригувати або контролювати. У контрольній групі стан агресивного збудження спостерігався лише у 20,6% хворих (при  $p=0,009$ ).

Серед клінічних характеристик психопатологічних і поведінкових розладів у пацієнтів основної групи з СД ПСТ у 65,9% випадків визначався депресивний настрій з дисфоричним компонентом (поєднання пригніченого настрою з дратівливістю, озлобленістю, похмурістю, підвищеною чутливістю до дій оточуючих осіб, зі схильністю до спалахів, переважно вербальної агресії), який був помірно виражений ( $2,4 \pm 0,3$  бала, при  $p=0,043$ , порівняно з контрольною групою) та виникав часто, кілька разів на тиждень, але не кожного дня ( $3,4 \pm 0,5$  бала, при  $p=0,030$ , порівняно з контрольною групою), при цьому симптоми депресії турбували пацієнтів та не піддавалися корекції. У контрольній групі депресивний настрій спостерігався в 41,2% пацієнтів ( $p=0,043$ ).

У 36,6% пацієнтів основної групи визначався стан дратівливості (дратівливість, нетерпимість, спалахи гніву, емоційна лабільність, швидка психофізична виснаженість тощо) в помірному ступені вираженості ( $2,3 \pm 0,4$  бала, при  $p=0,028$ , порівняно з контрольною групою) та спостерігався часто, кілька разів на тиждень, але не кожного дня ( $3,1 \pm 0,5$  бала, при  $p=0,037$ , порівняно з контрольною групою). У контрольній групі дратівливість спостерігалась тільки в 11,8% пацієнтів ( $p=0,007$ ).

У 41,5% пацієнтів основної групи була виражена аномальна рухова активність (переважно бродяжництво – втеча з дому або від доглядача) помірно-сильного ступеня вираженості ( $2,5 \pm 0,5$  бала, при  $p=0,029$ , порівняно з контрольною групою), яка виникала часто, кілька разів на тиждень, але не кожного дня ( $3,4 \pm 0,4$  бала, при  $p=0,032$ , порівняно з контрольною групою). У контрольній групі аномальна рухова активність спостерігалась у 23,5% хворих ( $p<0,007$ ).

У більшості пацієнтів основної групи (78,0%) відзначались порушення сну і поведінки в нічний час помірно-сильного ступеня вираженості ( $2,6 \pm 0,4$  бала, при  $p=0,038$ , порівняно з контрольною групою), що проявлялось у тому, що пацієнти вночі знаходилися в стані сильного дистресу, їх сон був порушений і не піддавався корекції. Ці стани виникали часто, кілька разів на тиждень, але не кожного дня ( $3,2 \pm 0,2$  бала, при  $p=0,035$ , порівняно з контрольною групою). У контрольній групі порушення сну і поведінки в нічний час спостерігалися в 47,1% хворих ( $p<0,006$ ).

Результати аналізу глобального функціонування, представлені на рисунку 1, показали, що у хворих з ГПР при СД ПСТ величина глобального функціонування становила в середньому  $31,5 \pm 10,4$  бала ( $p=0,027$ ) [21,1-41,9] і характеризувалась погіршенням функціонування в соціальній і професійній сферах у межах від серйозного погіршення – до нездатності функціонування в окремих сферах життєдіяльності.

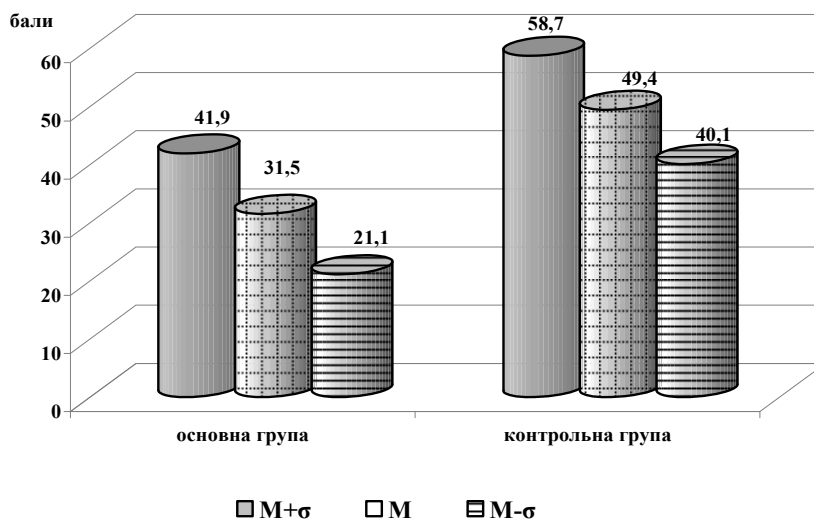


Рис. 1. Особливості СФ у пацієнтів з ГПР при СД ПСТ

У пацієнтів з СД без психотичних розладів величина глобального функціонування становили 49,4±9,3 бала [40,1-58,7] (при  $p=0,041$ ) і характеризувалась помірно-вираженим погіршенням функціонування в соціальній та професійній сферах.

Аналіз результатів, отриманих за допомогою шкали Psychiatric Disability Assessment Schedule – WHO-DAS, дозволив визначити основні фактори обмеження життєдіяльності хворих з ГПР при СД ПСТ (табл. 2).

Таблиця 2

**Фактори обмеження життєдіяльності хворих з ГПР при СД ПСТ  
(за відсотковою кількістю ( $P\pm m, \%$ ) за шкалою WHO-DAS)**

Фактори обмеження життєдіяльності	Основна група	Контрольна група
<b>Шкала «Загальні поведінкові дисфункції»</b>		
Самообслуговування	21,9±2,1	20,6±1,9
Інтереси та зайнятість	46,3±4,5	41,2±4,2
Діяльність у сім'ї і побуті	41,5±4,1	38,2±3,9
Спілкування й ізоляція	63,4±6,4 *	32,4±3,3
<b>Шкала «Виконання соціальних ролей»</b>		
Участь у домашніх справах	34,1±3,4	32,4±3,3
Виконання сімейної ролі	36,6±3,7	32,4±3,3
Виконання шлюбної ролі	36,6±3,7	29,4±2,7
Виконання шлюбної ролі поза шлюбом	19,5±1,9	17,6±1,7
Виконання батьківської ролі	58,5±5,9 *	32,4±3,3
Соціальні контакти	68,3±6,9 *	35,3±3,7
Виконання професійної ролі 1	14,6±1,5	11,8±1,3
Виконання професійної ролі 2	60,9±6,2	55,9±6,0
Зацікавленість і поінформованість	56,1±5,7	52,9±5,8
Поведінка в нестандартних і складних умовах	65,9±6,7 *	38,2±3,9

Примітки: \* – відмінності статистично достовірні при  $p < 0,05$ ; \*\* – відмінності статистично достовірні при  $p < 0,01$ .

Згідно з результатами вивчення факторів обмеження життєдіяльності хворих з ГПР при СД ПСТ, порівняно з хворими без психотичних розладів, можна констатувати, що у хворих основної групи найбільш порушеними були такі види життєдіяльності:

- функція спілкування (низький рівень соціальних контактів, комунікаційних умінь, готовності до спілкування, аж до ізоляції і т.п.) (63,4%), у той час, коли в контрольній групі дисфункція спілкування спостерігалась лише в 32,4% випадків (ДК=2,92, МІ=0,45,  $p=0,003$ );

- якість і рівень участі у виконанні батьківської ролі (низька зацікавленість життям дітей, відсутність потреби в турботі про дітей, у спільному проведенні часу, в участі в інтересах дітей і т.п.) (58,5%), у контрольній групі – у 32,4% випадків (ДК=2,58, МІ=0,34,  $p=0,008$ );

- потреба й ефективність соціальних контактів (труднощі в спілкуванні, пов'язані з конфліктністю, низькими комунікативними можливостями і низькою потребою в спілкуванні і т.п.) (68,3%), у контрольній групі – у 35,3% випадків (ДК=2,87, МІ=0,47,  $p=0,003$ );

- ефективність поведінки в нестандартних і складних умовах (низька ефективність поведінки в нестандартних і складних умовах, що вимагають активних, цілеспрямованих й адекватних дій) (65,9%), у контрольній групі – у 38,2% випадків (ДК=2,38, MI=0,33, p=0,008).

Результати вивчення, проведеного за допомогою шкали BADL, факторів обмеження життєдіяльності хворих з ГПР при СД ПСТ представлені на рисунку 2.

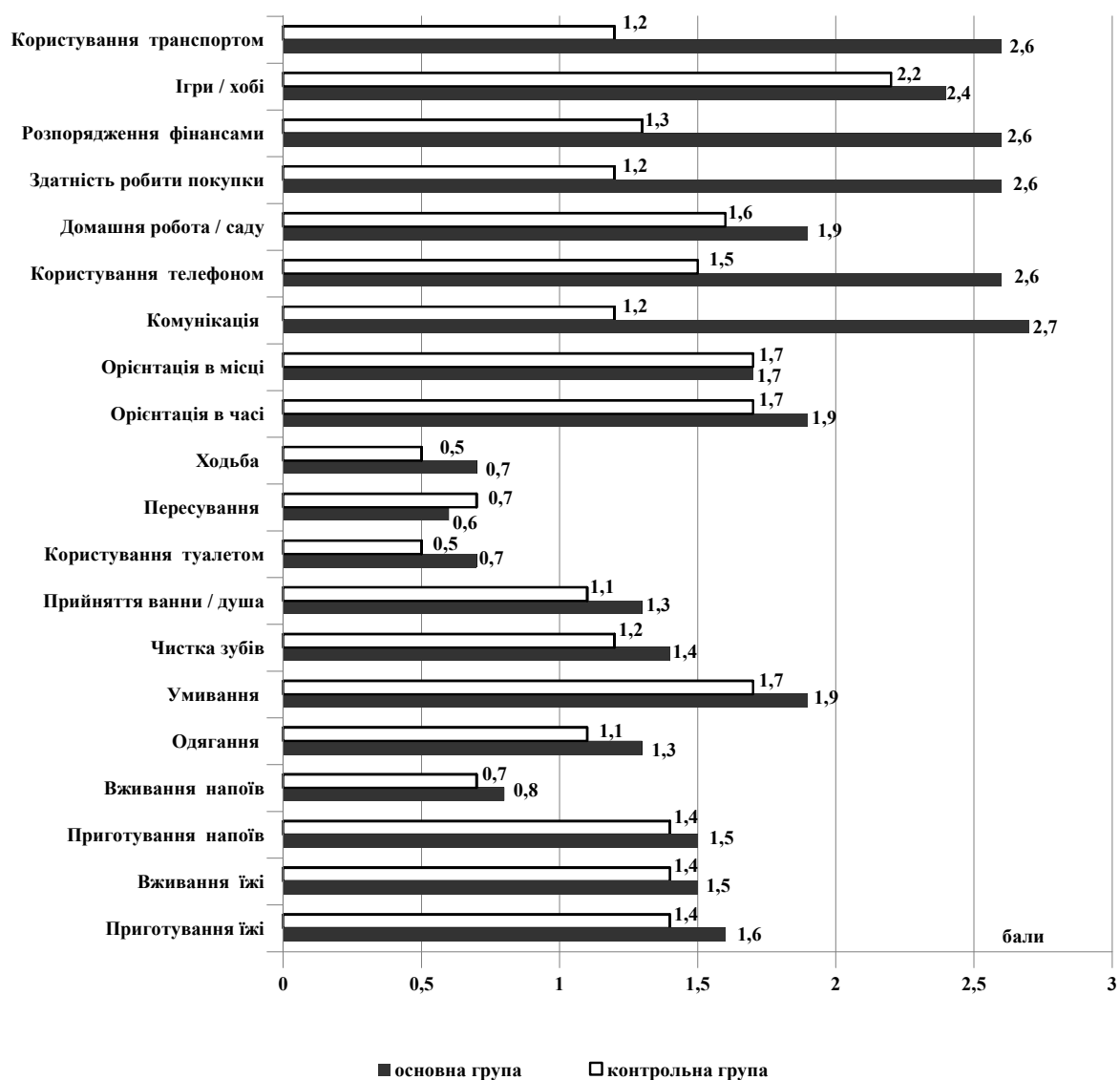


Рис. 2. Фактори обмеження життєдіяльності хворих з ГПР при СД ПСТ

Згідно з результатами вивчення факторів обмеження життєдіяльності хворих з ГПР при СД ПСТ, можна констатувати, що у хворих основної групи найбільш порушеними функціями життєдіяльності були:

- комунікація (порушення в діапазоні: від розуміє себе, але відчуває труднощі в розумінні інших – до повністю порушеної комунікації)

( $2,7 \pm 0,3$  бала), при цьому в контрольній групі вираженість порушення комунікації відповідало функціональному діапазону в  $1,2 \pm 0,3$  бала ( $p=0,01$ );

- вміння користуватися телефоном (порушення в діапазоні: від уміння відповідати на дзвінки, але неможливості їх здійснювати – до неможливості використовувати телефон взагалі)

(2,6±0,3 бала), у той час, коли в контрольній групі ці порушення були виражені значно менше (1,5±0,3 бала) (p=0,028);

- здатність робити покупки (порушення в діапазоні: від нездатності робити покупки самостійно, але можливості брати участь у закупівлях за допомогою інших осіб – до нездатності робити покупки, навіть за допомогою інших осіб) (2,6±0,4 бала), у контрольній групі – 1,2±0,3 бала, що вірогідно відрізнялось від основної групи (p=0,009);

- здатність розпоряджатися фінансами (порушення в діапазоні: від можливості написати ім'я, але не визначити грошовий обсяг – до неможливості написати ім'я та визначити грошовий обсяг) (2,6±0,3 бала), у контрольній групі вираженість порушення здатності розпоряджатися фінансами відповідає функціональному діапазону в 1,3±0,2 бала (p=0,034);

- вміння користуватися транспортом (у діапазоні: від неможливості користуватися громадським транспортом самостійно – до неможливості або небажання користуватися громадським транспортом навіть у супроводі) (2,6±0,4 бала), у той час, коли в контрольній групі ці порушення були значно меншими (1,2±0,2 бала) (p=0,007).

#### ВИСНОВКИ

1. У структурі клініко-психопатологічних проявів ГПР у хворих на СД ПСТ визначені такі закономірності: переважання частих маячних ідей матеріального збитку, пограбування, обкра-

дання і ревнощів у помірному ступені вираженості; поєднання ГПР з частим бродяжництвом; періодичною помірною вербальною агресією; частими розладами ритму день / ніч; частим зниженням настрою, що проявляється у формі дисфорії; страхом залишитися одному; з частими станами дратівливості.

2. Доведено, що величина загального СФ пацієнтів відповідала діапазону порушень від серйозного погіршення функціонування в соціальній і професійній сферах – до нездатності функціонування в окремих сферах життєдіяльності.

3. Установлений виражений негативний вплив ГПР на функцію спілкування, якість і рівень участі у виконанні батьківської ролі, потребу й ефективність соціальних контактів, ефективність поведінки в нестандартних і складних умовах.

4. Визначений вплив ГПР на формування у хворих цієї групи обмежень їх життєдіяльності в комунікації, умінні користуватися телефоном, робити покупки, розпоряджатися фінансами та користуватися транспортом.

5. Таким чином, отримані дані щодо клініко-психопатологічної структури та СФ пацієнтів з ГПР при СД ПСТ дозволяють виявити основні клінічні характеристики цієї патології та встановити проблеми соціально-побутового функціонування пацієнтів, що є передумовою розробки персоналізованої програми психосоціальної реабілітації пацієнтів з цією патологією.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Актуальні питання геронтопсихіатрії: навч. посіб. / І. Я. Пінчук, та ін. Тернопіль: Термограф, 2010. 431 с.
2. Боголепова А. Н. Осведомленность населения о проблеме деменции. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015. № 6. С. 97-102. DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro20151156197-102>
3. Боголепова А. Н. Современная концепция смешанной деменции. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015. № 5. С. 120-126. DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro201511551120-126>
4. Васенина Е. Е. Нейропсихиатрические нарушения при деменции: механизмы развития и подходы к коррекции. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017. Т. 117, № 6. С. 58-65. DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro20171176258-65>
5. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. Москва: Медицина, 1978. 294 с.
6. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. Киев: Моріон, 2000. 320 с.
7. Левин О. С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике. Москва: 2014. 256 с.
8. Марута Н. А. Восстановление социального функционирования – основная цель терапии депрессии. *Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия*. 2013. С. 16-19.
9. Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии: метод. рек. / НИПНИ им. В.М. Бехтерева, сост.: Н.Б. Лутова с соавт. Санкт-Петербург, 2007. 24 с.
10. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги. Деменція / ред. А.О. Гаврилюк. Київ, 2016. 57 с.
11. Common core principles for supporting people with dementia: a guide to training the social care and health workforce. *Leeds, Skills for Care & Skills for Health*. 2011 URL: [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_127587.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_127587.pdf) (accessed 5 Feb. 2012). DOI: <https://doi.org/10.14509/19586>



12. Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use / WHO. Geneva: WHO, 1988. 96 p.

13. Sahathevan R., Brodtmann A., Donnan G.A. Dementia, stroke, and vascular risk factors: a review. *Int. J. Stroke*. 2012. Vol. 7, No. 1. P. 61-73. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2011.00731.x>

14. Skoogl H., Korczyn A., Guekht A. Neuroprotection in vascular dementia: A future path. *J. Neurol. Sci*. 2012. Nov. 15. (Vol. 322, No. 1-2). P. 232-236. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jns.2012.02.013>

15. Supporting people living with dementia: improve care policies and practice: council conclusions. Council of the European Union. / Brussels. 2015 URL: [http://ec.europa.eu/health/major\\_chronic\\_diseases/docs/councilconclusions\\_1505515\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/councilconclusions_1505515_en.pdf)

16. The epidemiology and impact of dementia: current state and future trends: WHO/MSD/MER/15.3. Geneva: World Health Organization, 2015 URL: [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/dementia\\_thematicbrief\\_epidemiology.pdf](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf)

## REFERENCES

1. Pinchuk IYa, Chaykovska VV, Stadnyk LA, Levada OA, Pustovoyt MM, Shyryayeva MI. [Topical issues of gerontopsychiatry: a textbook]. Ternopil: Termohraf; 2010. p. 431. Ukrainian.

2. Bogolepova AN. [Awareness of the population about the problem of dementia]. *Journal of Neurology and Psychiatry named after SS Korsakov*. 2015;6:97-102. Russian. doi: <https://doi.org/10.17116/jnevro20151156197-102>

3. Bogolepova AN. [The modern concept of mixed dementia]. *Journal of Neurology and Psychiatry named after SS Korsakov*. 2015;5:120-6. Russian. doi: <https://doi.org/10.17116/jnevro201511551120-126>

4. Vasenina EE. [Neuropsychiatric disorders in dementia: developmental mechanisms and approaches to correction]. *Journal of Neurology and Psychiatry named after SS Korsakov*. 2017;117(6):58-65. Russian. doi: <https://doi.org/10.17116/jnevro20171176258-65>

5. Gubler YeV. [Computational methods of analysis and recognition of pathological processes]. Moskva: Meditsina; 1978. p. 294. Russian.

6. Lapach SN, Chubenko AV, Babich PN. [Statistical methods in biomedical research using Excel]. Kyiv: Morion; 2000. p. 320. Ukrainian.

7. Levyn OS. [Diagnosis and treatment of dementia in clinical practice]. Moskva; 2014. p. 256. Russian.

8. Maruta NA. [Restoring social functioning is the main goal of depression therapy]. *Neyro News: psikhonevrolohiya i neiropsikhiatriya*. 2013;16-19. Russian.

9. [A method for predicting drug compliance in psychiatry: guidelines]. Sankt-Peterburg: NIPNI im. VM Bekhtereva; 2007. p. 24. Russian

10. Havrylyuk AO, editor. [Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized), tertiary (highly specialized) and palliative care. Dementia]. Kyiv; 2016. p. 57. Ukrainian.

11. Common core principles for supporting people with dementia: a guide to training the social care and health workforce. Leeds, Skills for Care & Skills for Health, 2011. Available from: [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_127587.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_127587.pdf), accessed 5 February 2012). doi: <https://doi.org/10.14509/19586>

12. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use. Geneva: WHO; 1988. p. 96.

13. Sahathevan R, Brodtmann A, Donnan GA. Dementia, stroke, and vascular risk factors: a review. *Int. J. Stroke*. 2012;7(1):61-73.

doi: <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2011.00731.x>

14. Skoogl N, Korczyn A, Guekht A. Neuroprotection in vascular dementia: A future path. *J. Neurol. Sci*. 2012 Nov. 15;322(1-2):232-6.

doi: <https://doi.org/10.1016/j.jns.2012.02.013>

15. Council of the European Union. Supporting people living with dementia: improve care policies and practice – council conclusions. Brussels; 2015. Available from: [http://ec.europa.eu/health/major\\_chronic\\_diseases/docs/councilconclusions\\_1505515\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/councilconclusions_1505515_en.pdf) po sostoyanyyu na 8 aprelya 2016 h.

16. The epidemiology and impact of dementia: current state and future trends. Geneva: World Health Organization (WHO/MSD/MER/15.3); 2015. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/dementia\\_thematicbrief\\_epidemiology.pdf](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf)

Стаття надійшла до редакції  
21.10.2019

