

ISSN 2079-0325

DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325>



Український ВІСНИК ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ

Ukrains'kyi VISNYK PSYKHONEVROLOHII



- Том 30, випуск 1 (110), 2022
- Volume 30, issue 1 (110), 2022

DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-is1-2022>

Український Вісник Психоневрології UKRAINS'KYI VISNYK PSYKHONEVROLOHII

Засновник і видавець: ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ НЕВРОЛОГІВ, ПСИХІАТРІВ І НАРКОЛОГІВ УКРАЇНИ»,
ДУ «ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»
Founder and publisher: PUBLIC ORGANIZATION "ASSOCIATION OF NEUROLOGISTS, PSYCHIATRISTS AND NARCOLOGISTS
OF UKRAINE", STATE INSTITUTION "INSTITUTE OF NEUROLOGY, PSYCHIATRY AND NARCOLOGY OF THE NATIONAL
ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES OF UKRAINE"

Рецензований науково-практичний медичний журнал

Peer-reviewed scientific and practical journal of medicine

Заснований у вересні 1993 р.

Founded in September, 1993

Періодичність — щокварталу

The journal is published quarterly

Журнал внесений до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктор наук та кандидат наук (доктор філософії) за галузями медичних наук (наказ МОН України від 28.12.2019 р. № 1643).

The journal is included in the list of specialized scientific publications of Ukraine, in which the results of dissertations for the degree of doctor of sciences and doctor of philosophy in the fields of medical sciences can be published (order of the Ministry of Education and Science of Ukraine dated 28 December 2019, No. 1643)

Головний редактор

МАРУТА Наталія

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Венгер Олена (Тернопіль, Україна)

Волошина Наталія (Харків, Україна)

Дубенко Андрій (Харків, Україна)

Карабан Ірина (Київ, Україна)

Кожина Ганна (Харків, Україна) —

заступник головного редактора

Козьявкін Володимир (Київ, Україна)

Колядко Світлана (Харків, Україна)

Лінський Ігор (Харків, Україна)

Мінко Олександр (Харків, Україна)

Мишиєв Вячеслав (Київ, Україна)

Мищенко Владислав (Харків, Україна)

Мищенко Тамара (Харків, Україна)

Негрич Тетяна (Львів, Україна)

Овчаренко Микола (Рубіжне, Україна)

Пашковський Валерій (Чернівці, Україна)

Підкоритов Валерій (Харків, Україна)

Пшук Наталія (Вінниця, Україна)

Танцура Людмила (Харків, Україна)

Федченко Вікторія (Харків, Україна) —

відповідальний секретар

Чабан Олег (Київ, Україна)

Чугунов Вадим (Запоріжжя, Україна)

Юр'єва Людмила (Дніпро, Україна)

Борнштейн Натан (Тель-Авів, Ізраїль)

Брайнін Майкл (Кремс-на-Дунаї, Австрія)

Хабрат Богуслав (Варшава, Польща)

Зукер Роберт (Мічиган, США)

Chief Editor

MARUTA Nataliya

EDITORIAL STAFF:

Venger Olena (Ternopil, Ukraine)

Voloshyna Nataliia (Kharkiv, Ukraine)

Dubenko Andrii (Kharkiv, Ukraine)

Karaban Iryna (Kyiv, Ukraine)

Kozhyha Hanna (Kharkiv, Ukraine) —

deputy chief editor

Kozyavkin Volodymyr (Kyiv, Ukraine)

Kolyadko Svitlana (Kharkiv, Ukraine)

Linskiy Igor (Kharkiv, Ukraine)

Minko Oleksandr (Kharkiv, Ukraine)

Mishyiev Viacheslav (Kyiv, Ukraine)

Mishchenko Vladyslav (Kharkiv, Ukraine)

Mishchenko Tamara (Kharkiv, Ukraine)

Nehrych Tetiana (Lviv, Ukraine)

Ovcharenko Mykola (Rubizhne, Ukraine)

Pashkovskyy Valerii (Chernivtsi, Ukraine)

Pidkorytov Valerii (Kharkiv, Ukraine)

Pshuk Nataliia (Vinnytsia, Ukraine)

Tantsura Liudmyla (Kharkiv, Ukraine)

Fedchenko Viktoriia (Kharkiv, Ukraine) —

executive secretary

Chaban Oleh (Kyiv, Ukraine)

Chugunov Vadym (Zaporizhzhia, Ukraine)

Yuryeva Lyudmyla (Dnipro, Ukraine)

Bornshtein Natan (Tel-Aviv, Israel)

Brainin Michael (Krems an der Donau, Austria)

Habrat Boguslaw (Warsaw, Poland)

Zucker Robert (Michigan, USA)

Том 30, випуск 1 (110)

Харків, 2022



АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

вул. Академіка Павлова, 46, м. Харків, 61068
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
Національної академії медичних наук України».

Адреса сайту журналу: www.uvnpn.com.ua

ADDRESS OF EDITORSHIP:

46, Academician Pavlov Str., Kharkiv, Ukraine,
61068,

SI "Institute of neurology, psychiatry and narcology
of the NAMS of Ukraine".

Web-site of the journal: www.uvnpn.com.ua

Свідоцтво про державну реєстрацію

КВ № 16345-4817ПП від 10.02.2010 р.

Certificate for state registration of print mass
media KV № 16345-4817PP, dated 10 Feb, 2010

Рекомендовано до друку вченою
радою ДУ «Інститут неврології, психіатрії
та наркології НАМН України» (протокол № 2
від 17.02.2022 р.)

Approved for publication by the Academic
Council of SI "Institute of neurology, psychiatry
and narcology of the NAMS of Ukraine" (protocol
no. 2 dated 17 February, 2022)

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НЕВРОЛОГІЇ:

Волошина Наталія (м. Харків, Україна),
Карабань Ірина (м. Київ, Україна),
Дубенко Євген (м. Харків, Україна),
Міщенко Тамара (м. Харків, Україна).

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ ПСИХІАТРІЇ:

Колядко Світлана (м. Харків, Україна),
Венгер Олена (м. Тернопіль, Україна),
Підкоритов Валерій (м. Харків, Україна),
Чабан Олег (м. Київ, Україна).

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НАРКОЛОГІЇ:

Лінський Ігор (м. Харків, Україна),
Мінко Олександр (м. Харків, Україна),
Чугунов Вадим (м. Запоріжжя, Україна).

До уваги авторів

До опублікування у журналі «Український вісник психоневрології» приймаються статті з проблем клінічної та експериментальної неврології, психіатрії та наркології, психотерапії, судової фармації, інших суміжних наук, оригінальні дослідження, огляди, лекції, спостереження з практики, дискусійні статті, наукова хроніка, короткі повідомлення, рецензії, а також роботи з питань викладання нейронаук, організації та управління психоневрологічною службою, статті історичного характеру, інформація про новітні лікарські засоби, про минулі та майбутні з'їзди, науково-практичні конференції та семінари.

Під час підготовки робіт до друку треба брати до уваги таке:

1. До розгляду редакційною колегією журналу приймаються роботи, що не публікувалися та не подавалися до друку раніше.

2. Оригінал роботи подається до редакції українською, російською або англійською мовами.

3. Статті надсилаються до редакції у двох примірниках з офіційним направленням установи (1 примірник), експертним висновком (2 примірники) та електронною версією у текстовому редакторі Microsoft Word. Не треба ділити текст статті на окремі файли (крім рисунків, що виконані в інших програмах).

4. Обсяг статей не повинен перевищувати: для проблемних та оригінальних досліджень, лекцій та оглядів — 10 сторінок, для дискусійних статей — 8 сторінок, для наукової хроніки — 5 сторінок, для коротких повідомлень — 3-х сторінок.

5. Роботи друкуються кеглем 14, через 1,5 інтервали з полями: ліворуч — 3,5 см, праворуч — 1 см, зверху та знизу — по 2,5 см (28—30 рядків на сторінці, 60—70 знаків у рядку).

6. Викладення робіт повинні бути чіткими, містити такі розділи: вступ (з обґрунтуванням актуальності), матеріал та методи дослідження, отримані результати, їх обговорення, висновки, перелік літературних джерел.

7. Тексту статті повинні передувати індекс УДК; українською, російською та англійською мовами: прізвище та ініціали авторів, назва статті, резюме обсягом не менш як 1800 знаків, включно з ключовими словами, відповідно до вимог до наукових фахових видань України (наказ Міністерства освіти і науки України № 32 від 6.02.2018). У тексті статті посилання на літературні джерела наводити в квадратних дужках і нумерувати в порядку їх згадування.

8. Перелік використаної літератури оформлюється відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 та ДСТУ ГОСТ 7.80:2007 і містить джерела мовою оригіналу за останні 10 років (більш ранні публікації вносять до переліку тільки у разі потреби). **Обов'язково вказувати цифровий ідентифікатор статті (збірника) DOI, якщо його немає — PMID або адресу статті в Інтернеті URI, URL.** Окрім того, перелік літератури має бути транслітерований в романському алфавіті (References).

9. Після переліку літератури наводять українською та англійською мовами без скорочень *відомості про авторів*: прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання, посада або професія, основне місце роботи чи навчання (підрозділ, кафедра, найменування установи або організації); ID ORCID у форматі <https://orcid.org/XXXX-XXXX-XXXX-XXXX>; e-mail; контактні телефони — окремим рядком.

10. Усі фізичні величини та одиниці треба наводити за системою SI, терміни — згідно з анатомічною та гістологічною номенклатурами, діагностику — за допомогою Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду.

11. Таблиці повинні бути компактними, мати назву, що відповідає змісту. На усі рисунки та таблиці у тексті мають бути посилання.

12. Ілюстрації до роботи (рисунки, фотографії, графіки та діаграми) подаються у чорно-білому зображенні, з можливістю редагування. Фотографії мають бути контрастними (у цифровому форматі з роздільною здатністю не менш ніж 240 dpi), рисунки та графіки — чіткими, тонові рисунки — у форматі *.tif, 240—300 dpi, без компресії.

13. Повноформатні кольорові ілюстрації мають бути подані в електронній версії для комп'ютера типу IBM PC. Колірна модель — CMYK, 300 dpi. Векторна графіка — у форматі *.pdf. Текст (шрифти) і логотипи подавати тільки в кривих. Розмір ілюстрації — 205 x 295 мм, від цих меж має бути не менш ніж 10 мм до значимих об'єктів.

14. Текст статті та усі супровідні матеріали мають бути відредагованими та перевіреними. Стаття має бути підписаною усіма авторами.

15. Автори обов'язково заповнюють дві форми XML (українська/російська та англійська версії) та надсилають разом зі статтею (форми XML з прикладом заповнення наведені на офіційному сайті журналу www.uvnpn.com.ua у рубриці «Авторам»).

16. Редакція залишає за собою право скорочення та направлення надісланих статей (відповідно до «Порядку розгляду публікацій» та «Порядку рецензування публікацій», розміщених на сайті журналу).

17. Відхилені у процесі рецензування рукописи авторам не повертаються. Статті, що оформлені без дотримання вказаних правил, не розглядаються.

За зміст та оформлення статей (публікацій) відповідальність несе автор.

Статті надсилати на адресу:

вул. Ак. Павлова, 46, м. Харків, Україна, 61068
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,
редакція журналу «Український вісник психоневрології»,
e-mail: visnuk.pn@gmail.com

Офіційний сайт журналу: www.uvnpn.com.ua

DOI журналу: <https://doi.org/10.36927/2079-0325>

Свідоцтво про держ. реєстрацію КВ № 16345-4817ПР від 10.02.2010 р.

Громадська організація «Асоціація неврологів, психіатрів і наркологів України», ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,

Адреса редакції та видавця: вул. Ак. Павлова, 46, м. Харків, 61068, тел./факс: 738-32-25; e-mail: inpn@ukr.net; visnuk.pn@gmail.com

Формат 60x84/8. Ум. друк. арк. 10,46 + 0,58 іл. Обл.-вид. арк. 11,3.

Оригінал-макет виготовлений ФО-П Строков Д. В., Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ХК № 247 від 19.11.2009 р.

ЗМІСТ

ПРОБЛЕМНІ СТАТТІ

Лінський І. В., Кузьмів В. Н., Мінко О. І., Кожина Г. М., Гриневич Є. Г., Овчаренко М. О., Чуğunов В. В., Пострелко В. М., Денисенко М. М., Плехов В. А., Ткаченко Т. В., Задорожний В. В., Малихіна Н. А., Мінко О. О., Лакінський Р. В., Васильєва О. О., Юрченко О. М., Герасимов Б. О., Герасимов Д. О. (Харків, Київ, Рубіжне, Запоріжжя)
Вплив питущих на алкогольний статус представників їхнього мікросоціального оточення..... 5

Марута Н. О. (Харків)
Шизофренія та інші первинні психотичні розлади в МКХ-11: особливості дименціонального підходу..... 16

МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ТА СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ НЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Волошина Н. П., Василовський В. В., Негреба Т. В., Кіржнер В. М., Погуляєва Т. М., Черненко М. Є., Волошин-Гапонов І. К., Пісоцька К. О. (Харків, Україна; Хайфа, Ізраїль)
Кореляційний аналіз між клінічними показниками при різних типах перебігу розсіяного склерозу..... 21

Маньковський Д. С. (Київ)
Структура суб'єктивних проявів психопатологічної симптоматики у хворих, які перенесли кардіохірургічні втручання в умовах штучного кровообігу..... 28

Мищенко В. М., Мищенко В. К. (Харків)
Хвороба Фабрі в практиці лікаря-невролога..... 32

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ ТА НАРКОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Дзісь М. О., Рахман Л. В. (Львів)
Синдром блукання при деменції — нососпецифічна характеристика та клініко-психопатологічні особливості..... 38

Друзь О. В., Заворотний В. І., Черненко І. О. (Київ, Харків)
Терапевтичний алгоритм при посттравматичному стресовому розладі з суїцидальною поведінкою у комбатантів..... 45

Зеленська К. О. (Харків)
Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості неспсихотичних психічних розладів у осіб, які постраждали від бойових дій (комбатантів, волонтерів та вимушених переселенців)..... 48

Каплюх О. М. (Харків)
Психоосвітні програми для родичів хворих на деменцію..... 52

Лінський І. В., Кузьмів В. Н. (Харків)
Клінічні варіанти гострих психотичних станів у хворих в стані відміни алкоголю..... 55

Підкоритов В. С., Серікова О. І., Скринник О. В., Серікова О. С., Байбарак Н. А. (Харків)
Структура ремісій біполярного афективного розладу у осіб, які проживають в умовах постійного стресового впливу та мають суїцидальні думки..... 60

Соколік В. В., Гейко В. В., Берченко О. Г. (Харків)
Нейростероїдні кореляти емоційної поведінки при алкогольній залежності..... 63

ЛІТЕРАТУРНІ ОГЛЯДИ

Кузьмів В. Н., Ткаченко Т. В., Лакінський Р. В. (Харків)
Вплив зловживання алкоголем на виникнення розладів адаптації в сім'ях питущих осіб (огляд наукової літератури)..... 71

CONTENTS

PROBLEM ARTICLES

Linskiy I. V., Kuzminov V. N., Minko O. I., Kozhyna H. M., Grynevych Ye. G., Ovcharenko M. O., Chugunov V. V., Postrelko V. M., Denysenko M. M., Plekhov V. A., Tkachenko T. V., Zadorozhnyi V. V., Malykhina N. A., Minko O. O., Lakinskiy R. V., Vasilyeva O. O., Yurchenko O. M., Herasymov O., Herasymov D. O. (Kharkiv, Kyiv, Rubizhne, Zaporizhzhia)
The influence of drinkers on the alcohol status of representatives of their microsocial environment..... 5

Maruta N. O. (Kharkiv)
Schizophrenia and other primary psychotic disorders in ICD-11: features of the dimensional approach..... 16

MECHANISMS OF FORMATION AND MODERN PRINCIPLES OF TREATMENT OF NEUROLOGICAL DISORDERS

Voloshyna N. P., Vasylovskyy V. V., Negreba T. V., Kirzhner V. M., Pogulyaeva T. M., Chernenko M. E., Voloshyn-Gaponov I. K., Pisotska K. O. (Kharkiv, Ukraine; Haifa, Israel)
Correlation analysis between clinical indicators in different types of multiple sclerosis..... 21

Mankovskiy D. S. (Kyiv)
Structure of subjective manifestations of psychopathological symptoms in patients who have carried out cardiosurgical interventions in the conditions of art..... 28

Mishchenko V. M., Mishchenko V. K. (Kharkiv)
Fabry disease in the practice of a neurologist..... 32

DIAGNOSTICS AND THERAPY OF MENTAL AND NARCOLOGICAL DISORDERS

Dzis M., Rakhman L. (Lviv)
Wandering syndrome in dementia — nosospecific characteristics and clinical-psychopathological features..... 38

Druz O. V., Zavorotny V. I., Chernenko I. O. (Kyiv, Kharkiv)
Therapeutic algorithm for posttraumatic stress disorder with suicidal behavior in combatants..... 45

Zelenska K. O. (Kharkiv)
Clinical, psychopathological and pathopsychological features of non-psychotic mental disorders in persons who suffered from combat actions (combatants, volunteers and internally displaced persons)..... 48

Kaploukh O. M. (Kharkiv)
Psychoeducational programs for relatives of patients with dementia..... 52

Linskiy I. V., Kuzminov V. N. (Kharkiv)
Clinical variants of acute psychotic conditions in alcohol withdrawal patients..... 55

Pidkorytov V. S., Syerikova O. I., Skrynnyk O. V., Serikova O. S., Baibarak N. A. (Kharkiv)
Structure of remissions of bipolar affective disorder in persons living in conditions of constant stress influence and having a property..... 60

Sokolik V. V., Geiko V. V., Berchenko O. G. (Kharkiv)
Neurosteroid correlates of emotional behavior in alcohol dependence..... 63

LITERATURE REVIEW

Kuzminov V. N., Tkachenko T. V., Lakynskiy R. V. (Kharkiv)
Influence of alcohol abuse on formation of adaptation disorders in alcoholic's family members (scientific literature review)..... 71

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

Протокол лікування хворих на бічний аміотрофічний склероз введенням клітин строми кісткового мозку в умовах ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»75

Протокол лікування хворих на спектр оптикомієліт-асоційованих розладів введенням клітин строми кісткового мозку в умовах ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»80

Протокол лікування хворих на розсіяний склероз введенням клітин строми кісткового мозку (КСКМ) в умовах ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»85

HELP TO PRACTICAL PHYSICIAN

Protocol for the treatment of patients with amyotrophic lateral sclerosis using bone marrow stromal cells in the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ...75

Protocol for the treatment of patients with a spectrum of opiomylitis-associated diseases using bone marrow stromal cells in the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine"80

Protocol for the treatment of patients with multiple sclerosis using bone marrow stromal cells (BMSC) in the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" 85

М. О. Дзісь, Л. В. Рахман

СИНДРОМ БЛУКАННЯ ПРИ ДЕМЕНЦІЇ — НОЗОСПЕЦИФІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ

М. О. Дзісь, Л. В. Рахман

Синдром блуждания при деменции — нозоспецифическая характеристика
и клинико-психопатологические особенности

М. Dzis, L. Rakhman

Wandering syndrome in dementia — nosospecific characteristics and clinical-psychopathological features

Роботу виконано на базі кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького та лікувальних відділень КНП ЛОР «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня» (клінічна база кафедри).

Ми проводили дослідження клініко-психопатологічних особливостей синдрому блукання у пацієнтів з нейропсихіатричними симптомами при деменції внаслідок судинних, нейродегенеративних розладів та змішаного генезу серед пацієнтів з помірним та значним ступенем вираженості деменції, що проходили стаціонарне та амбулаторне лікування з приводу цих симптомів. Метою дослідження було вивчення та порівняння параметрів синдрому блукання серед пацієнтів із різними видами деменції.

Встановлено достовірний зв'язок між такими характеристиками синдрому блукання та видами деменції: блукання, що виникало лише серед ночі, достовірно частіше спостерігалось при судинній деменції, ніж при нейродегенеративній; випадки блукання, що супроводжувалося дезорієнтацією незалежно від часу доби, здебільшого виникали при судинній деменції; спроби втекти та втечі з помешкання — частіше у пацієнтів з судинною, ніж нейродегенеративною деменцією; втрата орієнтирів при покиданні звичного місця проживання спостерігалася переважно серед пацієнтів із змішаною деменцією; інтенсивність блукання за кількістю та частотою актів блукання корелює із випадками змішаної деменції.

Дослідження особливостей блукання дає змогу докладніше розглянути цей феномен для прогнозування перебігу як окремого нейропсихіатричного синдрому, так і захворювання загалом, а також для забезпечення комплексної ефективної допомоги цьому контингенту хворих.

Ключові слова: деменція, синдром блукання, нейропсихіатричні синдроми, основні характеристики

Работа выполнена на базе кафедры психиатрии, психологии и сексологии Львовского национального медицинского университета им. Данила Галицкого и лечебных отделений КНП ЛОР «Львовская областная клиническая психиатрическая больница» (клиническая база кафедры).

Мы проводили исследование клинико-психопатологических особенностей синдрома блуждания у пациентов с нейропсихиатрическими симптомами при деменции вследствие сосудистых, нейродегенеративных расстройств и смешанного генеза среди пациентов с умеренной и значительной степенью выраженности деменции, проходивших стационарное и амбулаторное лечение. Целью исследования было изучение и сравнение параметров синдрома блуждания среди пациентов с разными видами деменции.

Установлена достоверная связь между такими характеристиками синдрома блуждания и видами деменции: блуждание, которое возникало только ночью, достоверно чаще наблюдалось при сосудистой деменции, чем при нейродегенеративной; случаи блуждания, сопровождающиеся дезориентацией независимо от времени суток, у большинства возникали при сосудистой деменции; попытки сбежать и побег из помещения — чаще у пациентов с сосудистой, чем нейродегенеративной деменцией; потеря ориентиров при покидании обычного места жительства отмечалась в основном среди пациентов со смешанной деменцией; интенсивность блуждания по количеству и частоте актов блуждания коррелирует со случаями смешанной деменции.

Исследование особенностей блуждания позволяет более подробно рассмотреть этот феномен для прогнозирования течения как отдельного нейропсихиатрического синдрома, так и заболевания в целом, а также для обеспечения комплексной эффективной помощи данному контингенту больных.

Ключевые слова: деменция, синдром блуждания, нейропсихиатрические синдромы, основные характеристики

The work was performed at the Department of Psychiatry, Psychology and Sexology of Danylo Halytsky's Lviv National Medical University and the clinical departments of the Lviv Regional Clinical Psychiatric Hospital.

We studied the clinical and psychopathological features of wandering syndrome in patients with neuropsychiatric symptoms of dementia due to vascular, neurodegenerative pathologies and mixed genesis among patients with moderate and severe dementia who underwent inpatient and outpatient treatment due to these symptoms. The aim was to study and compare the parameters of wandering syndrome among patients with different types of dementia.

A reliable association was found between the following characteristics of wandering syndrome and types of dementia: wandering that occurred only in the middle of the night was significantly more common in vascular dementia than in neurodegenerative dementia; cases of wandering, accompanied by disorientation, regardless of the time of day, mostly occurred with vascular dementia; attempts to escape and escape from the apartment — more often in patients with vascular than neurodegenerative dementia; loss of orientation when leaving the usual place of residence was observed mainly among patients with mixed dementia; the intensity of wandering in the number and frequency of wandering acts correlates with cases of mixed dementia.

The study of the features of wandering allows us to examine this phenomenon in more detail to predict the course of both individual neuropsychiatric syndrome and the disease as a whole, as well as to provide comprehensive and effective care for this group of patients.

Key words: dementia, wandering syndrome, neuropsychiatric syndromes, main characteristics

Деменція — прогресуючий процес, що уражає когнітивні та функціональні сфери індивіда. Серед населення, старшого за 60 років, деменція спосте-

рігається у 5—8 % людей, а серед основних причин смертності деменція посідає сьоме місце, випереджаючи зневоднення, діабет та хронічну ниркову недостатність [1, 2]. Загалом, сьогодні у світі налічу-

ється близько 55 млн людей з деменцією, щороку реєструється майже 10 млн нових випадків [1].

З прогресуванням захворювання підвищується також ймовірність виникнення додаткових симптомів ураження психіки, що ускладнюють перебіг основного захворювання, частота яких за весь час перебігу деменції становить понад 90 %; ці симптоми вирізняють як нейропсихіатричні синдроми [3—5]. Пацієнт з деменцією може переживати депресію, тривогу, порушення сну, збудження, апатію, галюцинаторні та маячні епізоди, стани сплутаної свідомості, поводитися неадекватно та навіть агресивно при зміні обстановки [3, 6]. Усі ці поведінкові, афективні та психотичні симптоми є комплексними, стресогенними та матеріально/ресурсозатратними як для доглядальників, так і для системи охорони здоров'я [6]. Спектр нейропсихіатричної симптоматики може залежати від багатьох чинників, серед яких тип деменції (нейродегенеративна, судинна чи змішана та ін.) залежно від захворювання, що її спричинило, ураження конкретних ділянок головного мозку, вік початку захворювання та стадія перебігу, преморбідний стан та особливості індивіда, наявні супутні захворювання (контрольовані медикаментозно або неконтрольовані), інфекційні захворювання (зокрема, COVID-19), вживання певних ліків, спроможність піклувальників пацієнта розпізнати симптом та забезпечити адекватний менеджмент [3, 6, 7].

Усі нейропсихіатричні синдроми класифікують на три категорії: афективні порушення, психотичні симптоми та розлади внаслідок надмірної ажитатії. Є наукові дані, що з прогресуванням захворювання нейропсихіатрична симптоматика може «стиратися», посилюватися чи видозмінюватися. Основними нейропсихіатричними синдромами (за Kaufer та ін., 2000) є: порушення моторики, ажитатія (збудливість) та агресія (вербальна чи фізична), тривога, апатія, розлади апетиту, маячення, депресія, розгальмованість, невідповідне підвищення настрою/ейфорія, галюцинаторний синдром, дратівливість, порушення сну, а також блукання, відмова від приймання медикаментів, відмова від допомоги в щоденній активності, патологічний нестримний сміх або плач [3]. Також нейропсихіатричні синдроми поділяють на субсиндроми — апатичний (апатії), порушення апетиту та психомоторики, афективний (тривога, депресія), гіперактивний (ажитатія/агресія, ейфорія, розгальмованість та дратівливість), психотичний (маячення, галюцинації, сутінкові стани) [8].

Нейробіологічне підґрунтя для розвитку нейропсихіатричних синдромів, особливо на ранніх стадіях деменції, ще вивчене недостатньо, проте встановлено, що кожен з субсиндромів має певні нейроанатомічні та нейробіологічні кореляти. Наприклад, у випадку апатичного субсиндрому виявлений зв'язок між апатією і гіпометаболізмом у фронтоорбітальній корі та завитку в осіб з деменцією, при афективному субсиндромі — порушення виявлені у метаболізмі кори верхньої фронтальної звивини та кори верхнього завитка. Зв'язок гіперактивного субсиндрому

з порушеннями метаболізму певних ділянок головного мозку вивчений мало, проте, виявлено деяку гіперактивність та порушення метаболізму в острівці та зниження метаболізму в задній ділянці завитка. Психотичний субсиндром супроводжується зниженням метаболізму в лобній корі, а також підвищенням метаболічних процесів у лівій нижній скроневій звивині та зниженням у лівій середній потиличній звивині [8].

Одним з найбільших викликів для опікунів та родичів пацієнта з деменцією є блукання, яке належить до субсиндрому гіперактивності [8]. Блукання може призвести до падіння, серйозного травмування та смерті індивіда, в цьому аспекті симптом є небезпечним та стресогенним [9]. Блуканням вважають безцільні пересування людей з вираженим нейрокогнітивним дефіцитом, причому сам пацієнт може не усвідомлювати факт блукання чи загубленості. Частота блукання серед хворих на деменцію (незалежно від ступеня важкості та тривалості захворювання) становить від 10 до 35 % [10].

Блукання досліджують та описують в науковій літературі починаючи з 1970-х років. Відтоді визначення та розуміння феномену блукання неодноразово змінювалося. Основна дискусія фокусується на питанні щодо цілеспрямованості та справжніх намірів особи, що блукає; такі «мандри» вважають одночасно безцільними та спрямованими: до якого ступеня блукання є випадковим і безцільним або цілеспрямованим і запланованим, — неможливо з'ясувати на сьогодні [11]. Деякі дослідники прагнуть відмежувати поняття блукання (*wandering*) від ходьби/прогулянки (*walking*), вдаючись до класифікації на основі чотирьох ознак: повторювана ходьба колами, активна швидка ходьба вперед і назад, випадкові подорожі та цілеспрямовані подорожі [4, 12], тоді як інші доводили необхідність переосмислення блукання як «природної форми діяльності» [13].

Причинами та тригерами блукання у пацієнтів з деменцією часто є тривога, збудження, початок стану сплутаної свідомості (делірію), різка зміна оточення або незнайома ситуація, реакція на розлади сприйняття (зорові та слухові галюцинації, ілюзії), нудьга, пошук когось чи чогось, що пов'язане з їхнім минулим, неспроможність дотримуватися інструкцій (щодо того, щоб почекаати, не покидати місце перебування, залишитися в автомобілі, будинку), бажання «йти додому», навіть якщо вони вже є вдома [14]. Для оцінки наявності та особливостей блукання, зокрема частоти, напрямків, тривалості, інтервалів, видів пересування тощо, в клінічній практиці застосовують комплексну шкалу D. L. Algase (Algase Wandering Scale) [15]. Є також дослідження щодо залежності частоти та особливостей блукання від погодних умов, тривалості природного освітлення і пори року [16] та дослідження щодо частоти падіння у осіб, що блукають [17].

Дослідження особливостей блукання серед хворих на деменцію набуває все більшої актуальності у зв'язку зі спробами якомога ефективніше

допомогти таким людям, попередити ускладнення, що можуть бути зумовлені цим феноменом та облегшити тягар піклувальників, які зазнають чималого стресу внаслідок блукання їхніх підопічних.

На тепер, з точки зору етичних та юридичних аспектів щодо використання спеціальних заходів менеджменту синдрому блукання у хворих на деменцію, вважається доцільним не вживати фізичних заходів з обмеження блукання пацієнтів з деменцією (зокрема, прив'язування, замикання та інші обмеження пересування), адже такі заходи можуть підвищувати тривогу, обмежують вияв автономії, свободи, можливості спілкуватися, прогулюватися на свіжому повітрі та ін. [17, 18]. Натомість пропонується організація безпечного пересування пацієнта на невеликій відстані, контрольованого опікунами чи працівниками закладів з догляду, зокрема за допомогою поведінкових пристосувань та технологічних варіантів з оптимальним балансом між безпекою та автономією [17, 19—21]. Для запобігання наслідків блукання пропонують вдягати на хворих спеціальні розпізнавальні мітки, електронні браслети, фізіологічні та кінетичні сенсори, повідомити сусідам та поліції про можливість блукання у хворого, зберігати ключі від дому та автомобілю поза полем зору пацієнта, встановити звукові сигнали на вікна та/або входні двері, перемістити замок вище або нижче звичайного місця, у період, коли найбільш ймовірно блукання — запланувати певну активну діяльність з участю хворого та загалом збільшити кількість та регулярність фізичної активності, не залишати наодинці людину, що схильна до блукання, забезпечити адекватний сон, вчасно звертатися по допомогу до лікаря у разі виявлення перших ознак блукання [12, 13, 22, 23]. Такі способи менеджменту блукання хворих на деменцію мають однак низку етичних та юридичних аспектів, у зв'язку з чим слід зважати на переваги користі конкретного способу, щоб уникнути наслідків та ускладнень у вигляді можливих порушень прав та гідності пацієнта з деменцією [18].

Мета дослідження — виявлення та вивчення клініко-психопатологічних особливостей синдрому блукання у пацієнтів з нейропсихіатричними симптомами при деменції різного генезу.

На етапі клініко-психопатологічного обстеження, з дотриманням принципів біомедичної етики, на підставі інформованої згоди, ми клінічно обстежили 146 пацієнтів, віком від 51 до 95 років, серед яких переважали жінки (86 %), з помірною та важкою деменцією (6—19 балів за короткою шкалою Mini mental State Examination, MMSE), що проходили амбулаторне та стаціонарне лікування з приводу нейропсихіатричних синдромів при деменції. Серед них: із судинною деменцією — 70 пацієнтів (47,9 %), з деменцією внаслідок нейродегенеративних захворювань — 34 пацієнти (23,3 %) та зі змішаною деменцією — 42 (28,8 %).

Дослідження проводили такими методами: ретроспективний контент-аналіз медичних карт стаціонарних та амбулаторних пацієнтів; клініко-психопатологічний; психометричний (анкетування з метою

виявлення рівня нейрокогнітивного зниження за допомогою тесту MMSE, індивідуальні анкети на основі шкали D. L. Algase — зокрема, до уваги брали показники субшкал, які стосувалися як окремих характеристик синдрому блукання — ходіння колами, спроби втечі тощо, так і визначення інтенсивності, відносної частоти епізодів блукання, які спостерігалися вдома та в стаціонарі); математично-статистичні методи (статистичний аналіз включав визначення зв'язку між якісними характеристиками за точним критерієм Фішера та за критерієм χ^2 Пірсона)

Серед досліджуваних, що виявляють будь-які нейропсихіатричні синдроми внаслідок деменції (146 осіб), загальна кількість пацієнтів, у яких спостерігався синдром блукання, була 112 (76,7 % від кількості досліджуваних). Блукання спостерігалося серед пацієнтів з судинною деменцією у 50 осіб із 70 (71,4 %), з деменцією внаслідок нейродегенеративних захворювань — у 27 із 34 пацієнтів (79,4 %), зі змішаними типами деменції — у 35 із 42 пацієнтів (83,3 %). Значущих відмінностей щодо частоти виникнення синдрому блукання між пацієнтами із різними типами деменції не виявлено ($\chi^2 = 7,69$, $p = 0,32$). Пацієнтів, що блукали ($n = 112$), було поділено на три групи, відповідно до етіологічного варіанту деменції, для подальшого дослідження особливостей блукання. З цієї метою було сформовано такі групи: *група 1* — 50 пацієнтів із судинною деменцією, *група 2* — 27 пацієнтів із деменцією внаслідок нейродегенеративних захворювань, *група 3* — 35 пацієнтів із деменцією внаслідок змішаних причин. Значущих відмінностей за ознаками статі, віку, рівнем загального нейрокогнітивного зниження між групами не виявлено.

Особливості симптому блукання вивчали за такими параметрами: 1) блукання у власному помешканні (метушливе ходіння по дому без покидання території помешкання, незалежно від того, чи спостерігалися також інші види блукання); 2) блукання у стаціонарі — коли, незважаючи на інші види блукання, пацієнт блукає, потрапивши у лікарню, коридорами, чужими палатами або шукає виходу з відділення, намагається покинути стаціонар, не пояснюючи причини, при тому, що був чи не був дезорієнтованим; 3) блукання поза житлом, зокрема по вулиці і на далекій відстані (тобто, коли пацієнт, не пояснюючи мету, виходив за межі власної домівки на близькій чи далекій відстані і мав труднощі з поверненням до власного житла, незалежно від того, чи йдеться про ходіння біля дому чи подорожі на далекій відстані, чи спостерігалися інші види блукання); 4) блукання, що супроводжувалося збудженням та підвищенням активності (якщо пацієнт блукав та реагував агресивно чи дисфорично на спробу його зупинити/повернути додому або вчиняв дії, які можна розцінювати як агресивні, метушливі, тривожні); 5) блукання лише серед ночі, із ознаками дезорієнтації (коли блукання спостерігалося лише як наслідок сутінкового стану свідомості, тоб-

то виникало ввечері чи вночі, супроводжувалося дезорієнтацією і/або продуктивною психосимптоматикою з подальшою амнезією вранці); 6) блукання, при якому для контролю, усунення симптому або допомоги хворому залучали сторонніх людей — поліцію, сусідів, медперсонал та інших; 7) випадки, при яких доглядальники осіб з нейропсихіатричними симптомами при деменції вдавалися до додаткових заходів, щоб обмежити пересування цих осіб, з метою попередження випадків блукання — тимчасова фіксація, блокування вікон та дверей, приховування одягу тощо; 8) блукання, що було першим симптомом захворювання, яке спричинило значне зниження нейрокогнітивних функцій, до появи інших нейропсихіатричних синдромів; 9) блукання, яке, незалежно від часу доби, супроводжувалося дезорієнтацією в часі та просторі, а також порушенням впізнавання родичів чи/та власного віддзеркалення, навіть, якщо орієнтація у власній особі була збережена; 10) загальне підвищення рухливості — у побуті та в соціальному оточенні; 11) намагання покинути помешкання (домівку чи будинок з догляду чи інтернат), незалежно від того чи були ці спроби вдалими. Брало до уваги як поодинокі випадки, так і багаторазові спроби втечі, усвідомлені та неусвідомлені пацієнтом; 12) ходіння по колу, феномен «гончарного кола» — рух по колу в межах помешкання чи поза ним; 13) втрата орієнтирів при виході з дому. Незважаючи на те, чи наявні розлади орієн-

тації, випадки відчуття «втрати орієнтирів» можуть супроводжувати осіб, що страждають на деменцію; 14) нічне ходіння — випадки блукання в нічний час доби, як ізольовані, так і такі, що є лише частиною синдрому блукання; 15) безцільне ходіння — блукання без очевидного паттерну, пов'язаного з просторовими чи часовими ознаками, що може бути як ізольованим явищем, так і одним з видів блукання (чи поєднуватися з іншими видами блукання), притаманних пацієнту.

Щодо інтенсивності поведінки блукання, пацієнтів із синдромом блукання було поділено на такі категорії: з низькою інтенсивністю блукання — пацієнти, у яких така поведінка спостерігалася до 5 разів на місяць; з помірною інтенсивністю блукання — ті, у яких поведінка блукання виникала кілька разів на тиждень (понад 5 разів на місяць, але не щодня); з високою інтенсивністю блукання — якщо така поведінка спостерігалася щодня або майже щодня, незалежно від приймання ліків, погодних умов та вживання заходів, спрямованих на попередження блукання; з дуже високою інтенсивністю блукання — щоденна поведінка блукання, яка майже не припиняється протягом дня та не піддається корекції, переривається лише на сон, «постійно в русі».

В процесі проведеного дослідження отримані дані щодо розподілу пацієнтів за окремими характеристиками синдрому блукання, видами такої поведінки та інтенсивністю (табл. 1 та 2).

Таблиця 1. Особливості синдрому блукання у пацієнтів з деменцією різного генезу

Характеристики блукання	Група 1 (n = 50)		Група 2 (n = 27)		Група 3 (n = 35)		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Блукання в помешканні	31	62	16	59,3	27	77,1	> 0,05
Блукання в стаціонарі	16	32	10	37	9	25,7	> 0,05
Блукання по вулиці	22	44	13	48,1	18	51,4	> 0,05
Блукання, що супроводжувалося збудженням	23	46	12	44,4	20	57,1	> 0,05
Блукання лише вночі	9	18	0	0	4	11,4	0,023*
Залучення сторонніх	15	30	12	44,4	17	48,6	> 0,05
Обмеження пересування доглядальниками	22	44	11	40,7	13	37,1	> 0,05
Блукання як перший симптом хвороби	2	4	3	11,1	1 (%)	2,9	> 0,05
Порушення впізнавання та орієнтації	25	50	22	81,5	28	80	0,008*, 0,006**
Підвищення рухливості (загальне)	35	70	19	70,4	24	68,6	> 0,05
Намагання покинути помешкання (вдалі та невдалі) в анамнезі	38	76	14	51,9	21	60	0,042*
Ходіння по колу (феномен гончарного кола)	13	26	4	14,8	13	37,1	> 0,05
Втрата орієнтирів при виході з дому	10	20	8	29,6	15	42,9	0,030**
Нічне ходіння	12	24	3	8,6	11	9,8	> 0,05
Безцільне ходіння без певного паттерну	20	40	15	55,6	20	57,1	> 0,05

Примітки: p — відмінності за критерієм Фішера: * — достовірні між групами 1 і 2; ** — достовірні між групами 1 і 3

Серед пацієнтів, у яких блукання виникало у нічний час та на фоні зміни свідомості (сутінкового стану) з подальшою амнезією факту блукання, більшість таких випадків припадала на судинну деменцію

(9 випадків — 18 %), а найменше (0 випадків) — на деменцію внаслідок нейродегенеративних захворювань (між цими групами пацієнтів виявлено достовірну різницю, $p = 0,023$), тоді як у групі пацієнтів

із змішаною деменцією щодо цієї характеристики блукання спостерігалася середня кількість випадків (4 випадки із 35 пацієнтів — 11,4 %). Проте, після статистичного оброблення даних — різниця недостовірною як порівняти показники групи пацієнтів із змішаною деменцією, групи пацієнтів з судинною деменцією, так і групи з деменцією внаслідок нейродегенеративних захворювань).

Таблиця 2. Інтенсивність поведінки блукання серед хворих на деменцію різного генезу

Показник інтенсивності	Група 1 (n = 50)		Група 2 (n = 27)		Група 3 (n = 35)		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Низька	12	24	5	18,5	4	11,4	> 0,05
Помірна	13	26	7	25,9	11	31,4	> 0,05
Висока	23	46	14	51,9	13	37,1	> 0,05
Дуже висока	2	4	1	3,7	7	20	0,029*

Примітка: * — достовірні відмінності за критерієм Фішера між групами 1 і 3

Виявлений зв'язок між випадками блукання, що супроводжувалося дезорієнтацією в часі чи/та просторі, з порушенням впізнавання рідних чи/та власного віддзеркалення, як порівняти групу пацієнтів із судинною деменцією, з групою пацієнтів із нейродегенеративними захворюваннями, так із деменцією змішаної етіології ($p = 0,008$ і $p = 0,006$ відповідно, див. табл. 1). Отже, при судинній деменції, пацієнти, що блукали, у меншій кількості випадків (50 %) були одночасно дезорієнтованими та мали порушення впізнавання, ніж у групах з деменцією внаслідок нейродегенеративних захворювань (81,5 %) або внаслідок змішаних причин (80 %).

Як порівняти групи пацієнтів з різними етіологічними факторами деменції за частотою вдалим та невдалим спроб раптово покинути помешкання, ми виявили достовірну різницю між групами пацієнтів із судинною деменцією та деменцією внаслідок нейродегенеративних захворювань ($p = 0,042$): при судинній деменції спостерігалася більша частота таких спроб, ніж серед пацієнтів із деменцією внаслідок нейродегенеративних захворювань. Водночас втрата особою орієнтирів після покидання домівки найчастіше спостерігалася серед осіб із деменцією змішаної етіології, порівняно з пацієнтами з судинною деменцією ($p = 0,03$).

Щодо інтенсивності блукання (див. табл. 2), серед пацієнтів описаних груп виявлено достовірний зв'язок між типом деменції та дуже високою інтенсивністю блукання ($p = 0,029$) як порівняти групи пацієнтів із судинною та змішаною деменціями. У пацієнтів із змішаною деменцією частіше (20 %), ніж серед пацієнтів інших груп (4 % та 3,7 % у пацієнтів з судинною та деменцією внаслідок нейродегенеративних захворювань відповідно), спостерігалася дуже висока інтенсивність блукання, тобто їх можна вважати більш схильними до постійного нав'язливого блукання з невеликими періодами перепочинку на час

сну чи прийняття їжі. Отже, змішана деменція прямо корелює із розвитком дуже високої інтенсивності блукання серед хворих на деменцію.

Не виявлено достовірного зв'язку між іншими особливостями синдрому блукання (щодо локації блукання — вдома, в стаціонарі чи на вулиці, які супроводжують психомоторні порушення, або феноменів, що супроводжують блукання — а саме загальне підвищення рухливості, ходіння по колу, нічне чи безцільне ходіння, а також проявом синдрому блукання як першого серед симптомів деменції) та способами менеджменту цього поведінкового розладу (фіксація чи обмеження пересування пацієнта, залучення сторонніх осіб та спеціальних служб) у пацієнтів із деменцією судинного, нейродегенеративного чи змішаного генезу. Як не було виявлено і достовірного зв'язку між іншими рівнями інтенсивності синдрому блукання у досліджуваних пацієнтів з судинною, нейродегенеративною та змішаною деменцією, окрім випадків дуже високої інтенсивності блукання, яке частіше спостерігається у хворих на деменцію змішаного типу.

Блукання в нічний час часто пов'язане з втратою орієнтації та впізнавання, оскільки може виникати внаслідок сутінкових або станів сплутаної свідомості. Проте, дані нашого дослідження свідчать, що блукання у пацієнтів із судинною деменцією частіше, ніж при інших видах деменції, відбувається вночі, але рідше, ніж при інших видах деменції, супроводжується перманентними порушеннями впізнавання та орієнтації.

Отже, серед досліджуваних критеріїв феномену блукання у пацієнтів із нейропсихіатричними синдромами при деменції різного генезу у нашому дослідженні виявлено достовірний зв'язок між кількома характеристиками синдрому та його інтенсивністю, стосовно етіологічного типу деменції.

Слід також зазначити, що, на відміну від методів фізичного обмеження, у жодному з досліджуваних випадків не застосовували такі методи контролю блукання у пацієнтів: текинг за допомогою спеціальних приладів — сенсорів, міток чи електронних браслетів (на основі технологій GPS, інфрачервоного випромінювання, Bluetooth чи інших), які за останніх років набувають все більшого поширення за кордоном, а також здебільшого (105 з усіх 112 пацієнтів з блуканням — 93,8 %) — не було застосовано прості способи контролю блукання у пацієнтів з деменцією, як-от, наприклад, використання карток чи бирок з даними пацієнта.

Вивчення симптому блукання та дослідження його особливостей у пацієнтів із деменцією є актуальним і важливим як в теоретичному, так і в практичному аспекті, з огляду на нагальну потребу розуміння генезу таких розладів, їх всебічної клінічної характеристики, предикторів виникнення з метою комплексного планування засобів менеджменту та заходів профілактики. Розуміння та чіткий план менеджменту блукання на різних його етапах та за умови зміни інтенсивності вираженості син-

дрому при деменції, з урахуванням практичних та етичних аспектів такої допомоги, безсумнівно сприятимуть підвищенню ефективності ведення клінічного випадку деменції фахівцями та позитивно впливатимуть на якість життя та догляду пацієнтів.

Список літератури

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. Деменція. Женева, 02.09.2021. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
2. Всесвітня організація охорони здоров'я The top 10 causes of death. Женева, 2019. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
3. Walaszek Art. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. American Psychiatric Association Publishing, 2020, 284 p.
4. When walking becomes wandering: representing the fear of the fourth age / Katherine Brittain, Cathrine Degnen, Grant Gibson [et al.] // *Sociology of Health & Illness*. 2017. Vol. 39, issue 2. P. 270—284. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12505>.
5. Kales H. C., Gitlin L. N., Lyketsos C. G. Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings: Recommendations from a Multidisciplinary Expert Panel // *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014. Vol. 62, issue 4. P. 762—769. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.12730>.
6. Neuropsychiatric Symptoms in Elderly with Dementia during COVID-19 Pandemic: Definition, Treatment, and Future Directions / A. Simonetti, C. Pais, M. Jones [et al.] // *Front Psychiatry*. 2020; 11: 579842. DOI: [10.3389/fpsy.2020.579842](https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.579842).
7. Time course of neuropsychiatric symptoms and cognitive diagnosis in National Alzheimer's Coordinating Centers volunteers / [E. A. Wise, P. B. Rosenberg, C. G. Lyketsos, J.-M. Leoutsakos] // *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*. 2019. Vol. 11. P. 333—339. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dadm.2019.02.006>.
8. Brain Metabolic Dysfunction in Early Neuropsychiatric Symptoms of Dementia / K. Pin Ng, H. Jin Chiew, P. Rosa-Neto [et al.] // *Front. Pharmacol.* 22 Nov. 2019. DOI: <https://doi.org/10.3389/fphar.2019.01398>.
9. Rabins P. V. and Black B. S. Measuring quality of life in dementia: purposes, goals, challenges and progress // *International Psychogeriatrics*. 2007. Vol. 19, issue 3. P. 401—407. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610207004863>.
10. White E. B., Montgomery P. A Review of "Wandering" Instruments for People with Dementia who Get Lost // *Research on Social Work Practice*. 2014. Vol. 24 (4). P. 400—413. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049731513514116>.
11. Halek M., Bartholomeyczik S. Description of the behaviour of wandering in people with dementia living in nursing homes — a review of the literature // *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012. Vol. 26, issue 2. P. 404—413. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00932.x>.
12. Estimates of Stability of Daily Wandering Behavior Among Cognitively Impaired Long-Term Care Residents / Algate D. L., Kupferschmid B., Beel-Bates C. A. [et al.] // *Nursing Research*. May 1997. Vol. 46, issue 3. P. 172—178. DOI: [10.1097/00006199-199705000-00008](https://doi.org/10.1097/00006199-199705000-00008).
13. Dewing J., Nurs D. Wandering into the future: reconceptualizing wandering 'A natural and good thing' // *International Journal of Older People Nursing*. 2006. Vol. 1, Issue 4. P. 239—249. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2006.00045.x>.
14. Predicting falls from behavioral and psychological symptoms of dementia in older people residing in facilities / S. Sato, T. Kakamu, T. Hayakawa [et al.] // *Geriatrics & Gerontology International*. 2018. Vol. 18, Issue 11. P. 1573—1577. DOI: <https://doi.org/10.1111/ggi.13528>.

gy International. 2018. Vol. 18, Issue 11. P. 1573—1577. DOI: <https://doi.org/10.1111/ggi.13528>.

15. The Algate wandering scale: Initial psychometrics of a new caregiver reporting tool / [D. L. Algate, E. R. A. Beattie, E.-L. Bogue, L. Yao] // *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 2001. Vol. 16, issue: 3. P. 141—152. DOI: <https://doi.org/10.1177/153331750101600301>.

16. Night-time activity forecast by season and weather in a longitudinal design — natural light effects on three years' rest-activity cycles in nursing home residents with dementia / A. Wahnschaffe, C. Nowozin, A. Rath [et al.] // *International Psychogeriatrics*. 2017. Vol. 29, issue 12. P. 2071—2080. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610217001235>.

17. User Experience Design for Persons Living with Dementia Current Methods and Experimental Experience / S. Knappe, B. Wallace, L. Ault [et al.] // *eTELEMED 2020: The Twelfth International Conference on eHealth, Telemedicine, and Social Medicine*. URL: http://sce.carleton.ca/~wally/etelemed_2020_3_230_40095.pdf.

18. Approach to Management of Wandering in Dementia: Ethical and Legal Issue / A. K. Agrawal, M. Gowda, U. Achary [et al.] // *Indian Journal of Psychological Medicine*. September 2021. Vol. 43, issue 5S. DOI: <https://doi.org/10.1177/02537176211030979>.

19. Towards successful digital transformation through co-creation: a longitudinal study of a four-year implementation of digital monitoring technology in residential care for persons with dementia / [J. Dugstad, T. Eide, E. R. Nilsen & H. Eide] // *BMC Health Services Research*. 2019. Vol. 19, article no. 366. DOI: doi.org/10.1186/s12913-019-4191-1.

20. Cruz-Sandoval D., Favela J., Lopez-Nava I. H., Morales A. Adoption of Wearable Devices by Persons with Dementia: Lessons from a Non-pharmacological Intervention Enabled by a Social Robot // *IoT in Healthcare and Ambient Assisted Living*. Springer Singapore, 2021. P. 145—163. Part of the Studies in Computational Intelligence book series (SCI, Vol. 933).

21. Jones C., Moyle W. A feasibility study of Dreampad™ on sleep, wandering and agitated behaviors in people living with dementia // *Geriatric Nursing*. 2020. Vol. 41, issue 6. P. 782—789. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.04.014>.

22. Cipriani G., Lucetti C., Nuti A., Danti S. Wandering and dementia // *Psychogeriatrics*. 2014. Vol. 14, issue 2. P. 135—142. DOI: <https://doi.org/10.1111/psyg.12044>.

23. Khan A., Hassan A. Z. Framework to Predict and Identify Wandering Behavior in Individuals with Alzheimer's using Physiological and Kinect Sensors // *IntelliSys*. 2018: Intelligent Systems and Applications. London, UK. P. 387—398. DOI: [10.1007/978-3-030-01057-7_31](https://doi.org/10.1007/978-3-030-01057-7_31).

References

1. Dementia. World Health Organization. Geneva, 2021. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
2. The top 10 causes of death. World Health Organization. Geneva, 2019. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
3. Art Walaszek, "Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia", American Psychiatric Association Publishing, 2020, 284 p.
4. Katherine Brittain, Cathrine Degnen, Grant Gibson, Claire Dickinson, Louise Robinson. When walking becomes wandering: representing the fear of the fourth age. *Sociology of Health & Illness* Vol. 39, Issue 2. P. 270—284, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12505>.
5. Helen C. Kales, Laura N. Gitlin, Constantine G. Lyketsos. Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings: Recommendations from a Multidisciplinary

Expert Panel. Journal of the American Geriatrics Society Vol. 62, Issue 4. P. 762—769, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.12730>

6. Alessio Simonetti, Cristina Pais, Melissa Jones, Maria Camilla Cipriani, Delfina Janiri, Laura Monti, Francesco Landi, Roberto Bernabei, Rosa Liperoti and Gabriele Sani. Neuropsychiatric Symptoms in Elderly With Dementia During COVID-19 Pandemic: Definition, Treatment, and Future Directions. Front Psychiatry. 2020; 11: 579842. DOI: [10.3389/fpsy.2020.579842](https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.579842)

7. Elizabeth A. Wise, Paul B. Rosenberg, Constantine G. Lyketsos, Jeannie-Marie Leoutsakos. Time course of neuropsychiatric symptoms and cognitive diagnosis in National Alzheimer's Coordinating Centers volunteers. Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring, Vol. 11, 2019, P. 333—339. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dadm.2019.02.006>

8. Kok Pin Ng, Hui Jin Chiew, Pedro Rosa-Neto, Nagaendran Kandiah, Zahinoor Ismail and Serge Gauthier. Brain Metabolic Dysfunction in Early Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. Front. Pharmacol, 22 Nov. 2019. DOI: <https://doi.org/10.3389/fphar.2019.01398>

9. Peter V. Rabins and Betty S. Black. Measuring quality of life in dementia: purposes, goals, challenges and progress. International Psychogeriatrics, Vol. 19, Issue 3, June 2007. P. 401—407. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610207004863>

10. Eleanor Bantry White, Paul Montgomery. A Review of "Wandering" Instruments for People with Dementia Who Get Lost. Research on Social Work Practice 2014, Vol. 24(4). P. 400—413. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049731513514116>

11. Margareta Halek, Sabine Bartholomeyczik. Description of the behaviour of wandering in people with dementia living in nursing homes — a review of the literature. Scandinavian Journal of Caring Sciences, Vol. 26, Issue 2. P. 404—413, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00932.x>

12. DL Algase, B Kupferschmid, CA Beel-Bates et al. Estimates of Stability of Daily Wandering Behavior Among Cognitively Impaired Long-Term Care Residents. Nursing Research: May 1997. Vol. 46, Issue 3. P. 172—178. DOI: [10.1097/00006199-199705000-00008](https://doi.org/10.1097/00006199-199705000-00008)

13. Jan Dewing, Dip Nurs. Wandering into the future: reconceptualizing wandering 'A natural and good thing'. International Journal of Older People Nursing Vol. 1, Issue 4. P. 239—249. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2006.00045.x>

14. Sei Sato, Takeyasu Kakamu, Takehito Hayakawa, Tomohiro Kumagai, Tomoo Hidaka, Yusuke Masuishi, Shota Endo, Tetsuhito Fukushima. Predicting falls from behavioral and psychological symptoms of dementia in older people residing in facilities. Geriatrics & Gerontology International, Vol. 18, Issue 11. P. 1573—1577, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/ggi.13528>

15. D. Algase, E. Beattie et al. The Algase wandering scale: Initial psychometrics of a new caregiver reporting tool. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, Vol. 16, issue: 3, P. 141—152. 2001. DOI: <https://doi.org/10.1177/153331750101600301>

16. Amely Wahnschaffe, Claudia Nowozin, Andreas Rath, Theresa Floessner, Stefan Appelhoff, Mirjam Münch and Dieter Kunz. Night-time activity forecast by season and weather in a longitudinal design — natural light effects on three years' rest-activity cycles in nursing home residents with dementia. International Psychogeriatrics, Vol. 29, Issue 12, 2017. P. 2071—2080. DOI: [10.1017/S1041610217001235](https://doi.org/10.1017/S1041610217001235)

17. S Knappe, B Wallace, L Ault, R Goubran, N Thomas. User Experience Design for Persons Living with Dementia Current Methods and Experimental Experience. eTELEMED 2020: The Twelfth International Conference on eHealth, Telemedicine, and Social Medicine. URL: http://sce.carleton.ca/~wally/etelemed_2020_3_230_40095.pdf

18. Adesh Kumar Agrawal, Mahesh Gowda, Umesh Achary, Guru S. Gowda and Vijaykumar Harbishettar. Approach to Management of Wandering in Dementia: Ethical and Legal Issue. Indian Journal of Psychological Medicine, Vol. 43, Issue 55, September 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/02537176211030979>

19. Janne Dugstad, Tom Eide, Ety R. Nilsen, Hilde Eide. Towards successful digital transformation through co-creation: a longitudinal study of a four-year implementation of digital monitoring technology in residential care for persons with dementia. BMC Health Services Research . Vol. 19, Article no. 366 (2019). DOI: doi.org/10.1186/s12913-019-4191-1

20. Dagoberto Cruz-Sandoval, Jesus Favela, Irvin Hussein Lopez-Nava, Arturo Morales. Adoption of Wearable Devices by Persons with Dementia: Lessons from a Non-pharmacological Intervention Enabled by a Social Robot. IoT in Healthcare and Ambient Assisted Living, pp. 145—163, 2021. Part of the Studies in Computational Intelligence book series (SCI, vol. 933)

21. Cindy Jones, Wendy Moyle. A feasibility study of Dreampad™ on sleep, wandering and agitated behaviors in people living with dementia. Geriatric Nursing, Vol. 41, Issue 6, 2020, P. 782—789. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.04.014>

22. Cipriani G, Lucetti C, Nuti A, Danti S. Wandering and dementia. Psychogeriatrics, Vol. 14, Issue. P. 135—142, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1111/psy.12044>

23. Arshia Khan, Arshia Zernab Hassan. Framework to Predict and Identify Wandering Behavior in Individuals with Alzheimer's using Physiological and Kinect Sensors. IntelliSys 2018: Intelligent Systems and Applications. London, UK. P. 387—398. DOI: [10.1007/978-3-030-01057-7_31](https://doi.org/10.1007/978-3-030-01057-7_31)

Надійшла до редакції 16.12.2021

Відомості про авторів:

ДЗІСЬ Мирослава Олегівна, асистент кафедри*; e-mail: myroslavdzis@gmail.com

РАХМАН Людмила Володимирівна, доктор медичних наук, професор кафедри*; e-mail: rakhman@polynet.lviv.ua

* — кафедра психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Information about the authors:

DZIS Myroslava, MD, Assistant of Department**, e-mail: myroslavdzis@gmail.com

RAKHMAN Lyudmyla, Doctor of Medical Sciences, Professor of Department**, e-mail: rakhman@polynet.lviv.ua

** — Department of Psychiatry, Psychology and Sexology of Danylo Halytsky's Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine