

АДАПТАЦИЯ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ КОГНИТИВНОГО ТЕСТА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ДЕМЕНЦИИ И ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В СОЦИАЛЬНОМ ПАНСИОНАТЕ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Корзун В.А.

Учреждение здравоохранения «Борисовская центральная районная больница», г. Борисов, Республика Беларусь

Актуальность. Значительная распространенность, выраженные функциональные нарушения, бремя ухода и расходы, связанные с тяжелой деменцией, делают данную патологию жизненно важной проблемой здравоохранения и социальной защиты [Herrmann et al., 2007]. Около 20–40% лиц с деменцией находятся на стадии тяжелой деменции и больше других нуждаются в посторонней помощи, помещении в учреждения социального обслуживания, осуществляющие стационарное социальное обслуживание, для долгосрочного ухода [Hebert et al., 2003; Fratiglioni, 1994]. Оценка степени тяжести нарушений когнитивных функций у лиц с деменцией очень важна и необходима для определения способности осуществлять повседневную деятельность [Boller et al., 2002; Vellas et al., 2005], для определения объема, характера и продолжительности лечебных и реабилитационных мероприятий. Необходимо оценить текущее состояние пациента и то, как он может использовать оставшиеся способности (что пациент может сделать или понять). Улучшение когнитивных функций пациентов с тяжелой деменцией можно не заметить, если используемые тесты имеют низкую чувствительность [Tanaka H. et al., 2021]. В настоящее время в Республике Беларусь отсутствуют тесты, с помощью которых можно оценить сохраненные когнитивные функции у пациентов с тяжелой (глубокой) деменцией.

Цель работы – провести культурную адаптацию и оценить валидность и надежность русскоязычной версии когнитивного теста при тяжелой деменции.

Материалы и методы. Исследование проводилось с мая 2022 года по июнь 2023 года на базе государственного учреждения «Борисовский психоневрологический дом-интернат для престарелых и инвалидов» (далее – дом-интернат), расположенного в сельской местности (д. Тарасики Борисовского района Минской области, Республика Беларусь). Плановая мощность дома-интерната составляла 270 человек (на 01.01.2022). Информированное согласие на проведение исследований получено от директора дома-интерната, являющегося опекуном проживающих в учреждении лиц. Статистическая обработка данных – январь–март 2024 года.

Критериями ВКЛЮЧЕНИЯ в исследование являлись: наличие ранее диагностированной на основании МКБ-10 деменции различной этиологии и степени тяжести, стабильное соматическое и психическое состояние.

Критериями НЕВКЛЮЧЕНИЯ являлись: тяжелые нарушения сознания, делириозное состояние различной этиологии, резко выраженные нарушения сенсорных функций (зрение и слух), умственная отсталость, резко выраженная афазия и двигательные нарушения вследствие перенесенного инсульта, наличие острого или обострение хронического соматического заболевания (временный критерий).

В исследовании приняли участие 118 пациентов: М/Ж=64(54,2%)/54(45,8%), средний возраст 66±11,2 года.

Всем обследуемым был проведен медицинский осмотр с оценкой соматического и психического статуса, нейропсихологическое исследование с применением шкал (одновременно): MMSE (Краткая шкала оценки психического статуса), MoCA (Монреальская шкала оценки когнитивных функций), CDR (Клиническая рейтинговая шкала деменции), CTSD (Когнитивный тест при тяжелой деменции).

Результаты и обсуждение. Процедура адаптации теста: 1. Получение согласия от первоначального автора на перевод и адаптацию теста (28.03.2022). 2. Перевод оригинального теста (англ.) на русский язык (30.03.2022). 3. Культурная адаптация (п. 4: сакура → яблоко, поезд → автобус, п. 8: зубная щетка → ложка, 01.04.2022). 4. Обратный перевод независимым переводчиком (31.03.2022). 5. Одобрение обратного перевода первоначальным автором (03.04.2022). 6. Планирование хода исследования, получение одобрения.

Средний балл по шкалам MMSE, MoCA, CTSD в зависимости от показателя шкалы CDR отражены в таблице 1.

По результатам статистического анализа было обнаружено, что при нулевых значениях суммарного показателя по шкале MoCA (17,8%) и MMSE (14,4%), средний балл по шкале CTSD у участников исследования составил 8,83±6,3 (15,25%) и 5,9±7,1 (11,86%) соответственно, что позволяет провести более глубокую оценку когнитивных нарушений.

Были обнаружены значимые корреляции между CTSD и шкалами MMSE и MoCA при значении CDR≥3, а также между всеми участниками исследования, что позволяет сделать вывод о высокой конструктивной валидности шкалы CTSD (таблица 2).

Для оценки межэкспертной надежности шкалы CTSD были случайным образом отобраны 25 пациентов (М/Ж=13/12) в возрасте 68,76±13,22 с оценкой CDR≥3 и баллом MMSE<10. В качестве оценки межэкспертной надежности выступал показатель внутриклассовой корреляции (ICC). Оценивание производилось двумя независимыми экспертами в течение 14 дней. С целью оценки надежности тест-ретест шкалы CTSD были случайным образом отобраны 21 пациент с оценкой CDR≥3 и баллом MMSE <10. Повторная оценка производилась спустя 7 после первоначальной оценки тем же экспертом. В качестве показателя надежности тест-ретест выступал показатель внутриклассовой корреляции (ICC). Согласно представленным результатам, все пункты шкалы CTSD, в том числе суммарный показатель по всем пунктам, имели более чем превосходную межэкспертную надежность и надежность тест-ретест (таблица 3). Коэффициент Альфа-Кронбаха составил 0,94, что указывает на высокую внутреннюю согласованность пунктов шкалы CTSD. При оценке CDR≥3 коэффициент Альфа-Кронбаха составил 0,99, что также указывает на внутреннюю согласованность пунктов шкалы CTSD при тяжелой и глубокой деменции (таблица 4). Все 13 пунктов теста как имеющие очень хорошую и хорошую релевантность и репрезентативность. Русскоязычная версия Когнитивного теста при тяжелой деменции представлена в таблице 5.

Таблица 5 – Русскоязычная версия КОГНИТИВНОГО ТЕСТА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ДЕМЕНЦИИ

	Задание	Баллы		
1	Подойдите к испытуемому и скажите «Здравствуйте».	0	1	2 3
2	Меня зовут А (имя и фамилия исследователя). Как Вас зовут?	0	1	2 3
3	Скажите свою дату рождения.	0	1	2
4	Повторите следующие слова: яблоко , кот, автобус .	0	1	2 3
5	Покажите испытуемому карандаш. Что это такое?	0	1	
6	Покажите испытуемому часы. Что это такое?	0	1	
7	Покажите испытуемому карандаш, часы и чашку. Запомните эти три предмета. Уберите показанные предметы. Вы помните показанные предметы?	0	1	2 3
8	Покажите испытуемому часы. Какое время показывают эти часы?	0	1	
9	Покажите испытуемому расчёску. Используйте её. Если испытуемый не может правильно пользоваться расческой, рассчитайте его волосы.	0	1	2
10	Покажите испытуемому ложку . Используйте её. Если испытуемый не может правильно пользоваться ложкой, покажите, как ей пользоваться.	0	1	2
11	Покажите испытуемому листок красной бумаги. Какой это цвет?	0	1	
12	Назовите как можно больше названий овощей.	0	1	2 3
13	Закройте глаза. Дотроньтесь до носа.	0	1	
14	Покажите испытуемому нарисованный на листе бумаги квадрат. Скопируйте эту фигуру.	0	1	
15	Покажите испытуемому лист бумаги. Напишите своё имя и фамилию.	0	1	2
Всего баллов		/30		

КОГНИТИВНЫЙ ТЕСТ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ДЕМЕНЦИИ

Оригинальное название – Cognitive Test for Severe Dementia, CTSD.

Автор - Tanaka H. et al., 2015, 2018; китайская версия Leung S.-L., Tanaka H., T. C.Y. Kwok, 2020.

Направлен на детальную оценку сохраненных когнитивных функций (НЕ ДИАГНОСТИРУЕТ ДЕМЕНЦИЮ И (ИЛИ) СТЕПЕНЬ ЕЕ ТЯЖЕСТИ). Содержит 13 пунктов и оценивает 7 доменов (ориентация, память, речь, оптико-пространственные функции, праксис, исполнительные функции, социальное взаимодействие).

На оценку уходит около 10 минут, сумма 30 баллов. В нем используются очень простые предметы, доступные в повседневной жизни: расческа, зубная щётка (ложка), карандаш, лист красной бумаги, чашка, будильник. Минимальные обнаруживаемые изменения ± 4 балла.

Таблица 1 – Средний балл по шкалам MMSE, MoCA, CTSD в зависимости от показателя шкалы CDR

Шкала	MMSE	MoCA	CTSD
CDR=1	22,7±1,7	16,5±3,7	27,9±2,3
CDR=2	17,6±2,4	10,7±3,3	25,9±2,5
CDR≥3	7,4±5,1	2,5±3,1	14,3±8,2
Общий балл	14,8±8,4	9±7,6	21,2±8,6

Таблица 2 – Анализ конструктивной валидности

	CTSD и MMSE	CTSD и MoCA
Все участники	0,893**	0,856**
CDR=1	-0,023	0,066
CDR=2	0,337*	0,091
CDR≥3	0,758**	0,681**

Коэффициент ранговой корреляции Спирмена: ** p<0,01; * p<0,05

Таблица 3 – Анализ надежности шкалы CTSD

Суммарный показатель	ICC тест (n=25)	ICC тест-ретест (n=21)
	0,993**	0,981**

Коэффициент ранговой корреляции Спирмена: ** p<0,01;

Таблица 4 – Анализ внутренней согласованности пунктов шкалы CTSD

CTSD	Альфа-Кронбаха	Альфа-Кронбаха (CDR≥3)
	0,94	0,99

Заключение. Эффективная модель реабилитации лиц с когнитивными расстройствами, проживающих в социальном пансионате психоневрологического профиля, должна быть гибкой, индивидуализированной и ориентированной на восстановление (поддержание) жизнедеятельности, улучшение качества жизни и функциональной самостоятельности проживающих. Используя CTSD, можно лучше и детальнее оценить клинические эффекты лечения и реабилитации данной категории лиц. CTSD чувствителен для определения результатов лечения и реабилитации при тяжелой и глубокой деменции, но не подходит для легкой и умеренной деменции. Имеется сообщение о четырех пациентах с тяжелой деменцией, чьи когнитивные функции улучшились по оценке CTSD как «минимальные обнаруживаемые изменения» после одного года ежедневного клинического вмешательства [Tanaka H. et al., 2021]. Для сравнения, их баллы по MMSE оставались неизменными. Клинически значимое улучшение когнитивных функций можно оценить количественно путем разработки мер вмешательства и оценки результатов даже на тяжелой стадии деменции.

Список литературы

- Herrmann, N. Clinical practice guidelines for severe Alzheimer's disease / N. Herrmann, S. Gauthier, P.G. Lysy // *Alzheimers Dement.* – 2007. – Vol. 3(4). – P. 385–397.
- Hebert, L.E. Alzheimer disease in the US population: prevalence estimates using the 2000 census / L.E. Hebert, P.A. Scherr, J.L. Bienias et al. // *Arch Neurol.* – 2003. – Vol. 60. P. 119–122.
- Fratiglioni, L. The impact of dementia on our societies and current possibilities of prevention / L. Fratiglioni, H. Aguero-Torres, B. Winblad // *Int J Geriatr Psychopharmacol.* – 1994. – Vol. 1. – P. 179–183.
- Boller, F. Clinical features and assessment of severe dementia. A review / F. Boller, M. Verry, L. Hugonot-Diener et al. // *Eur J Neurol.* – 2002. – Vol. 9. – P. 125–136.
- Vellas, B. Consensus statement on dementia of Alzheimer type in the severe stage / B. Vellas, S. Gauthier, H. Allain et al. // *J Nutr Health Aging.* – 2005. – Vol. 9. – P. 330–338.
- Tanaka, H. Development of the Cognitive Test for Severe Dementia. / H. Tanaka, Y. Nagata, M. Uematsu et al. // *Dement Geriatr Cogn Disord.* – 2015. – Vol. 40(1–2). – P. 94–106. DOI: 10.1159/000430089.
- Tanaka, H. Clinical Utility of the Cognitive Test for Severe Dementia: Factor Analysis, Minimal Detectable Change, and Longitudinal Changes / H. Tanaka, Y. Nagata, D. Ishimaru et al. // *Dement Geriatr Cogn Disord Extra.* – 2018. – Vol. 8. – P. 214–225. DOI: 10.1159/000488937.
- Leung, S.-L. Development of Chinese Versions of Quality of Life in Late-Stage Dementia and Cognitive Tests for Severe Dementia / S.-L. Leung, H. Tanaka, T.C.Y. Kwok // *Dement Geriatr Cogn Disord Extra.* – 2020. – Vol. 10. – P. 172–181. DOI: 10.1159/000511703.
- Tanaka, H. Development of an assessment scale for engagement in activities for patients with moderate to severe dementia / H. Tanaka, R. Umeda, Y. Shomura et al. // *Psychogeriatrics.* – 2021. – Vol. 21. – P. 368–377.

5-6 сентября 2024 г.

г. Минск