

DOI: <https://doi.org/10.22263/2312-4156.2025.5.78>

Результаты психометрической оценки русскоязычной версии Когнитивного теста при тяжелой деменции

В.А. Корзун¹, А.А. Лакутин², Т.А. Емельянцева³

¹Учреждение здравоохранения «Борисовская центральная районная больница», г. Борисов, Республика Беларусь

²Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», д. Юхновка, Минская обл., Республика Беларусь

³Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

Вестник ВГМУ. – 2025. – Том 24, №5. – С. 78-86.

The psychometric assessment results of the Russian version of the Cognitive test for severe dementia

V.A. Korzun¹, A.A. Lakutin², T.A. Emelyantseva³

¹Borisov Central District Hospital, Borisov, Republic of Belarus

²National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation, village Yukhnovka, Minsk region, Republic of Belarus

³Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

Vestnik VGMU. 2025;24(5):78-86.

Резюме.

Цель – провести адаптацию русскоязычной версии Когнитивного теста при тяжелой деменции (CTSD-Rus) с использованием психометрических показателей (надежность, валидность).

Материал и методы. Проведена процедура прямого и обратного перевода шкалы CTSD с культурной адаптацией и согласованием с автором оригинального теста. В исследовании приняли участие 118 пациентов (средний возраст $66 \pm 11,2$ лет) с деменцией различной этиологии и степени тяжести, проживавшие в стационарном учреждении социального обслуживания. Проводилась оценка когнитивного статуса с использованием нейропсихологических шкал: MMSE, MoCA, CDR, CTSD-Rus. Для оценки надежности (межэкспертной и тест-ретест) были отобраны подгруппы пациентов ($N=54$ и $N=52$ соответственно) с $CDR \geq 3$ и $MMSE < 10$. Рассчитывались коэффициенты: Альфа Кронбаха, внутрикласовый коэффициент корреляции (ICC), коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Исследование было одобрено комитетом по биомедицинской этике государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» (№ 1/2 от 07.01.2022).

Результаты. CTSD-Rus показал высокую внутреннюю согласованность (коэффициент Альфа Кронбаха = 0,94). Межэкспертная и тест-ретестовая надежность для большинства пунктов и суммарного балла была превосходной ($ICC > 0,75$; $r > 0,9$). Установлена высокая валидность CTSD-Rus, что подтверждается значимой корреляцией со шкалами MMSE и MoCA ($r=0,893$ и $r=0,856$ соответственно) для всей выборки и выборки с тяжелой деменцией при $CDR \geq 3$ ($r=0,758$ и $r=0,681$ соответственно). При нулевых значениях по шкалам MMSE и MoCA использование CTSD-Rus показало разброс баллов ($5,9 \pm 7,1$ и $8,83 \pm 6,3$ соответственно), что позволяет провести более углубленную оценку сохранных когнитивных функций.

Заключение. Проведенное исследование показало, что CTSD-Rus ориентирован преимущественно на пациентов с тяжелой и более чем тяжелой деменцией и может использоваться исследователями и медицинскими работниками для детальной оценки сохранных когнитивных функций у данной категории пациентов.

Ключевые слова. когнитивные функции, тяжелая деменция, нейропсихологические шкалы, когнитивный тест при тяжелой деменции, валидность, надежность.

Abstract.

Objectives. To adapt the Russian version of the Cognitive Test for Severe Dementia (CTSD–Rus) using psychometric indicators (reliability, validity).

Material and methods. The CTSD scale was translated directly and back-translated with cultural adaptation and approval from the author of the original CTSD. The study involved 118 patients (mean age 66 ± 11.2 years) with dementia of various etiologies and severity living in a nursing home. Cognitive status was assessed using neuropsychological scales: CTSD-Rus, MMSE, MoCA, CDR. To assess reliability (inter-expert and test-retest), subgroups of patients ($N=54$ and $N=52$, respectively) with $CDR \geq 3$ and $MMSE < 10$ were selected. The following coefficients were calculated: Cronbach's alpha, intraclass correlation coefficient (ICC), Spearman's rank correlation coefficient. The study was approved by the biomedical ethics committee of the Republican Scientific and Practical Center for Medical Examination and Rehabilitation (No. 1/2 dated January 7, 2022).

Results. CTSD-Rus showed high internal consistency (Cronbach's alpha = 0.94). Inter-rater and test-retest reliability for most items and the total score was excellent ($ICC > 0.75$; $r > 0.9$). The high validity of CTSD-Rus was established, which is confirmed by a significant correlation with the MMSE and MoCA scales ($r = 0.893$ and $r = 0.856$, respectively) for the entire sample and the sample with severe dementia at $CDR \geq 3$ ($r = 0.758$ and $r = 0.681$, respectively). With zero MMSE and MoCA values, the use of CTSD-Rus shows a spread of scores (5.9 ± 7.1 and 8.83 ± 6.3 , respectively), which allows for a more in-depth assessment of preserved cognitive functions.

Conclusions. The study showed that CTSD-Rus is primarily focused on patients with severe and more than severe dementia and can be used by researchers and healthcare professionals for a detailed assessment of preserved cognitive functions in this category of patients.

Keywords: neuropsychological scales, dementia, validity, reliability, cognitive functions.

Введение

Эпидемиологические исследования показывают, что около 20-40% лиц с деменцией находятся на стадии тяжелой деменции и больше других нуждаются в посторонней помощи, помещении в стационарные учреждения социального обслуживания для долгосрочного ухода [1]. Долгосрочный уход за пациентами с тяжелой деменцией включает необходимость постоянного мониторинга состояния когнитивных функций с помощью нейропсихологических шкал. Полученные результаты оценки по нейропсихологическим шкалам позволяют детализировать профиль когнитивного дефицита, что, в свою очередь, персонализирует и таким образом повышает качество проводимых реабилитационных мероприятий, направленных на замедление прогрессирования когнитивных нарушений.

Однако общепринятые на сегодняшний день в Республике Беларусь нейропсихологические шкалы: Краткая шкала оценки психического статуса (The Mini-Mental State Examination, MMSE) [2] и Монреальская шкала оценки когнитивных функций (The Montreal Cognitive Assessment, MoCA) [3] имеют различную чувствительность в оценке тяжелой и более чем тяжелой деменции. Указанные нейропсихологические шкалы преимущественно направлены на оценку пред-

дементного снижения и легкой деменции, а также на способность дифференцировать оба состояния [4, 5, 6]. Это затрудняет диагностику и мониторинг когнитивных функций при тяжелой деменции. Таким образом, актуальным представляется разработка или адаптация существующих нейропсихологических шкал, направленных на оценку когнитивных функций при тяжелой и более чем тяжелой деменции.

Группой японских исследователей под руководством Н. Такаки в 2015 году была разработана нейропсихологическая шкала для оценки когнитивных функций при тяжелой деменции – Когнитивный тест при тяжелой деменции (Cognitive Test for Severe Dementia, CTSD). Авторами было показано, что при тяжелой деменции возможна частичная сохранность когнитивных функций [7]. Результаты статистических измерений показали, что CTSD коррелирует с другими нейропсихологическими шкалами ($r > 0,7$) на стадиях более чем умеренной деменции. Также CTSD показал способность в оценке динамики когнитивного статуса пациента в различные периоды времени [8, 9].

Существуют другие нейропсихологические шкалы, направленные на оценку тяжелой и более чем тяжелой деменции: Батарейка оценки тяжелых нарушений (Severe Impairment Battery, SIB) и Шкала оценки стадий функциональной недо-

статочности (Functional assessment staging, FAST) [10, 11]. Однако важным преимуществом CTSD, по сравнению с аналогами (SIB, FAST), является его практичность. Во-первых, выполнение теста занимает всего около 10 минут. Во-вторых, он не требует специального оборудования, что упрощает его применение в различных условиях. Требуемое оборудование – это предметы, используемые ежедневно, такие как часы с циферблатом, расческа, столовая ложка, карандаш, лист красной и белой бумаги. Наконец, шкала позволяет провести комплексную оценку, так как ее субтесты охватывают все основные когнитивные функции (речь, память, внимание, восприятие, праксис) и социальное взаимодействие. Суммарный балл по шкале CTSD, формируемый из результатов всех субтестов, находится в диапазоне от 0 до 30. Максимальный показатель в 30 баллов указывает на наименее выраженное когнитивное снижение. Изменение показателя CTSD на 4 и более баллов интерпретируется как клинически значимое изменение.

Цель исследования – провести адаптацию русскоязычной версии Когнитивного теста при тяжелой деменции (CTSD-Rus) с использованием психометрических показателей (надежность, валидность).

Материал и методы

В соответствии со статьей 17 Конституции Республики Беларусь государственными языками в стране являются белорусский и русский языки, при этом более 70% белорусов используют русский язык в повседневном общении [12]. Данный факт обуславливает выбор русского языка для адаптации теста.

Адаптация русскоязычной версии CTSD проводилась мультидисциплинарной бригадой, состоящей из врача-специалиста в области оказания психиатрической помощи, врача-эксперта и психолога. После получения разрешения от разработчика оригинальной версии теста двумя квалифицированными специалистами (носителями английского языка) независимо друг от друга был выполнен прямой и обратный перевод англоязычной версии CTSD. С целью повышения узнаваемости в условиях стационарного учреждения социального обслуживания в прямом переводе теста 2 из 3 терминов в пункте 4, то есть «сакура» и «поезд», были заменены на «яблоня» и «автобус» соответственно, а в пункте 8 «зубная щетка»

заменена на «ложку» для удобства использования. Автор оригинальной методики после проведенных консультаций согласился с изменениями. Обратный перевод производился специалистом (носителем английского языка), не видевшим оригинальной версии теста. Обратный перевод был направлен автору для проверки и одобрения.

После окончания всех этапов перевода и адаптации теста автору предоставлялся отчет на английском языке, в котором указывалось общее число пациентов, принявших участие в исследовании, их возраст, время, которое потребовалось на заполнение анкет, трудности при переводе, заполнении и интерпретации опросника, а также предложенные решения. Итогом послужило создание окончательной версии, а от автора получена инструкция по перекодировке ответов и разрешение на использование версии CTSD-Rus. Общение с автором производилось посредством переписки по электронной почте.

Таким образом, процесс перевода CTSD на русский язык состоял из следующих этапов:

Процедура адаптации теста:

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

Участие в исследовании приняли лица, проживавшие в государственном учреждении «Борисовский психоневрологический дом-интернат для престарелых и инвалидов» (дом-интернат). Обследование проводилось с согласия опекуна – директора дома-интерната. Исследование выполнено в рамках задания «Разработать и внедрить систему контроля качества оказания медицинской помощи пациентам с когнитивными расстройствами» отраслевой научно-технической программы «Экспертиза, реабилитация, качество оказания медицинской помощи, 2019-2023 годы».

Исследование было одобрено комитетом по биомедицинской этике государственного учреждения «Республиканский научно-практический

центр медицинской экспертизы и реабилитации» (№ 1/2 от 07.01.2022).

Всем пациентам проводилось клинико-нейропсихологическое исследование с одновременным использованием шкал MMSE, MoCA, CTSD-Rus. Тяжесть деменции оценивалась с помощью Клинической рейтинговой шкалы деменции (Clinical Dementia Rating scale, CDR). Нейропсихологическое исследование проводилось с участием психолога дома-интерната.

Для получения наиболее состоятельных статистических оценок была сформирована выборка из более 100 участников [13]. В исследовании приняли участие 118 пациентов (М/Ж=64(54,2%)/54(45,8%)) в возрасте $66 \pm 11,2$ года. Причинами деменции у данных пациентов являлись: болезнь Альцгеймера – 4 (3,4%) пациента, смешанная деменция – 56 (47,5%) пациентов, эпилепсия – 10 (8,5%) пациентов, черепно-мозговая травма – 4 (3,4%) пациента, другие причины – 44 (37,2%) пациента [14].

Распределение пациентов по шкалам MMSE, MoCA и CTSD-Rus в зависимости от набранных баллов представлено на рисунках 1-3.

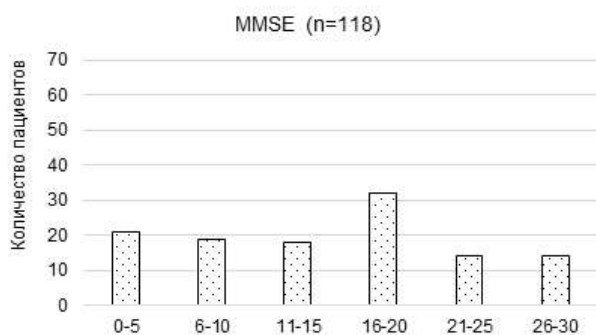


Рисунок 1 – Распределение пациентов в зависимости от набранных баллов по шкале MMSE

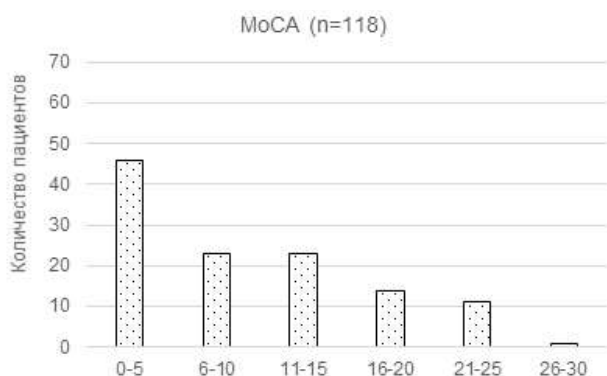


Рисунок 2 – Распределение пациентов в зависимости от набранных баллов по шкале MoCA

Также представлено распределение средних баллов по шкалам MMSE, MoCA, CTSD-Rus, в том числе в зависимости от показателя CDR (табл. 1).

Производилась оценка межэкспертной надежности шкалы CTSD-Rus. С этой целью были отобраны все пациенты ($N=54$) с оценкой $CDR \geq 3$ и баллом $MMSE < 10$. Оценивание производилось двумя независимыми экспертами в течение 7 дней.

Показателем межэкспертной надежности являлся коэффициент внутрикласовой корреляции (ICC) со следующими критериями качества: менее 0,5 – низкая надежность; 0,5-0,75 – умеренная надежность; 0,75-0,90 – превосходная надежность [15].

Производилась оценка надежности тест-ретест CTSD-Rus. Группу исследования составили также пациенты с оценкой $CDR \geq 3$ и баллом $MMSE < 10$. Всего – 52 пациента. Оценка производилась повторно спустя 10-12 дней после первоначальной оценки тем же экспертом. В качестве показателя надежности тест-ретест выступал показатель ICC.

Оценка межэкспертной надежности и надежности тест-ретест суммарного показателя по всем пунктам CTSD-Rus проводилась с использованием ранговой корреляции Спирмена.

Внутренняя согласованность пунктов CTSD-Rus проверялась с использованием коэффициента Альфа Кронбаха: 0,9-1 – очень хорошая согласованность, 0,8-0,9 – хорошая, 0,7-0,8 – достаточная, 0,6-0,7 – сомнительная, 0,5-0,6 – плохая, 0-0,5 – недостаточная.

Для оценки валидности исследовалась ранговая корреляция Спирмена суммарных показателей CTSD-Rus и нейропсихологических шкал MMSE, MoCA.

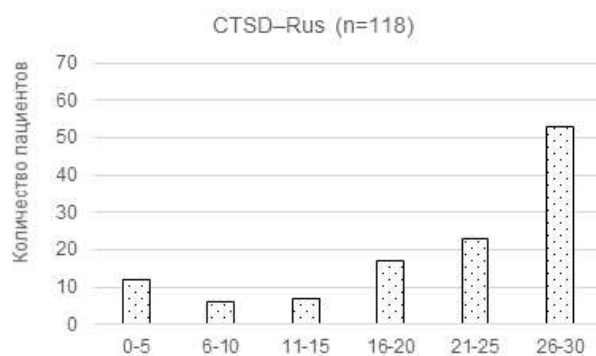


Рисунок 3 – Распределение пациентов в зависимости от набранных баллов по шкале CTSD-Rus

Таблица 1 – Распределение средних баллов по шкалам MMSE, MoCA, CTSD–Rus, в том числе в зависимости от показателя CDR

	MMSE	MoCA	CTSD–Rus
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 показатель	14,8±8,4	9±7,6	21,2±8,6

Таблица 2 – Результаты оценки межэкспертной надежности и надежности тест-ретест пунктов шкалы CTSD–Rus

Пункты CTSD–Rus	Межэкспертная надежность (ICC)	Тест-ретест надежность
1. Приветствие	0,764***	0,855***
2. Ориентировка в собственной личности (имя)	0,986***	0,991***
3. Ориентировка в собственной личности (дата рождения)	0,971***	0,871***
4. Повторение слов	0,951***	0,949***
5а. Называние предметов (карандаш)	0,918***	0,893***
5б. Называние предметов (часы)	0,923***	0,916***
6. Непосредственная память	0,969***	0,944***
7. Определение времени по часам	0,759***	0,896***
8а. Использование предметов (расческа)	0,932***	0,835***
8б. Использование предметов (ложка)	0,898***	0,925***
9. Называние цвета	0,908***	0,929***
10. Беглость речи (называние овощей)	0,904***	0,811***
11а. Выполнение простых инструкций (закрыть глаза)	0,724***	0,872***
11б. Выполнение простых инструкций (дотронуться до носа)	0,833***	0,766***
12. Копирование квадрата	0,840***	0,872***
13. Написание собственного имени	0,965***	0,984***
Суммарный показатель	0,993**	0,981**

Примечание: Суммарный показатель: коэффициент ранговой корреляции Спирмена, ** – $p < 0,01$. Каждый пункт: ICC, *** – $p < 0,001$.

Результаты

Результаты оценки межэкспертной надежности и надежности тест-ретест 13 пунктов и суммарного показателя по всем пунктам CTSD–Rus при значениях $CDR \geq 3$ и $MMSE < 10$ представлены в таблице 2.

Согласно представленным результатам, в таблице 2 все пункты шкалы CTSD–Rus, в том числе суммарный показатель по всем пунктам, имели более чем превосходную межэкспертную надежность и надежность тест-ретест.

По результатам анализа, коэффициент Альфа Кронбаха составил 0,94, что указывает на высокую внутреннюю согласованность пунктов шкалы CTSD–Rus. При оценке $CDR \geq 3$ коэффициент Альфа Кронбаха составил 0,9.

Результаты анализа конструктивной валидно-

сти шкалы CTSD–Rus представлены в таблице 3.

По результатам анализа, были обнаружены значимые корреляции между CTSD–Rus и шкалами MMSE и MoCA при значении $CDR \geq 3$, а также между всеми участниками исследования.

Дополнительно был проведен анализ «эффекта пола» шкал MMSE и MoCA с использованием диаграммы рассеяния (рис. 5, 6).

Также был проведен анализ «эффекта толка» шкал MMSE и MoCA. По результатам анализа установлено, что при нулевых значениях суммарного показателя по шкале MMSE (14,4% участников) средний балл по шкале CTSD–Rus составил $5,9 \pm 7,1$, а при нулевых значениях суммарного показателя по шкале MoCA (17,8% участников) средний балл по шкале CTSD–Rus составил $8,83 \pm 6,3$, что позволяет провести более углубленную оценку когнитивных нарушений.

Таблица 3 – Результаты взаимосвязи шкал CTSD–Rus и MMSE, CTSD и MoCA в зависимости от показателя CDR

	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**

Примечание: Коэффициент ранговой корреляции Спирмена: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$.

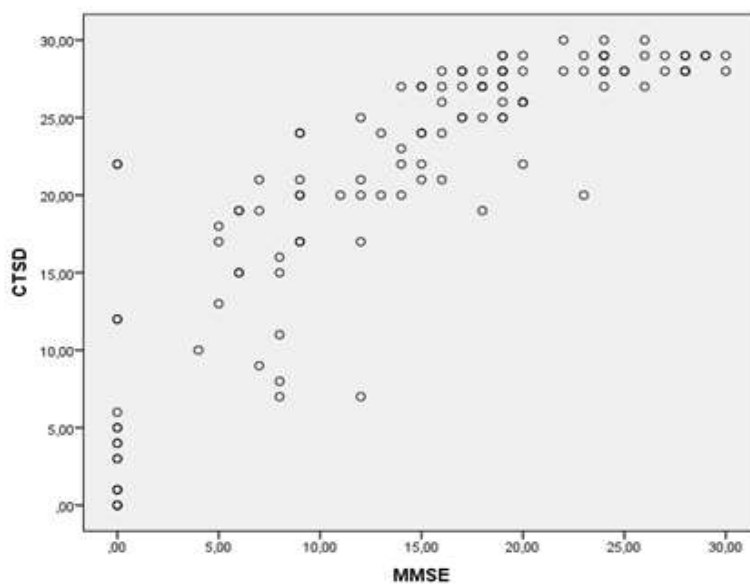


Рисунок 4 – Диаграмма рассеяния показателей по шкале CTSD–Rus в зависимости от показателей шкалы MMSE

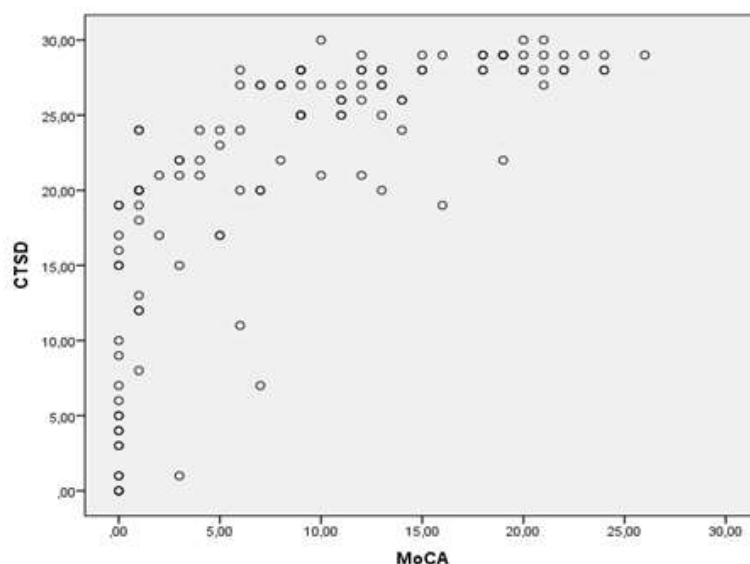


Рисунок 5 – Диаграмма рассеяния показателей по шкале CTSD–Rus в зависимости от показателей шкалы MoCA

Обсуждение

Полученные результаты демонстрируют достаточно высокие психометрические показатели

русскоязычной версии CTSD-Rus. Внутренняя согласованность (коэффициент Альфа Кронбаха = 0,94 для всей выборки и 0,90 для подгруппы пациентов с $CDR \geq 3$) указывает на то, что пункты

CTSD-Rus измеряют единый конструкт – когнитивное снижение (речь, память, внимание, восприятие, праксис). Показатели межэкспертной надежности и надежности тест-ретест для большинства субтестов и суммарного балла по шкале CTSD-Rus были превосходными ($ICC > 0,75$, $r > 0,9$), что сопоставимо с результатами оценки оригинальной японской и адаптированной китайской версий, а также свидетельствует о стабильности и воспроизводимости результатов оценки [7, 16]. Высокая валидность CTSD-Rus подтверждается значимой корреляцией со шкалами MMSE и MoCA ($r = 0,893$ и $r = 0,856$ соответственно) для всей выборки и выборки с тяжелой деменцией при $CDR \geq 3$ ($r = 0,758$ и $r = 0,681$ соответственно). Отсутствие значимой корреляции при легкой деменции ($CDR = 1$) и слабая корреляция при умеренной ($CDR = 2$, только с MMSE) дополнительно подтверждают, что CTSD-Rus направлен на оценку тяжелой и более чем тяжелой стадии деменции.

Также было показано, что при нулевых значениях MMSE и MoCA при использовании CTSD-Rus наблюдается разброс баллов ($5,9 \pm 7,1$ и $8,83 \pm 6,3$ соответственно), что позволяет провести более углубленную оценку сохранных когнитивных функций. В этом отношении MMSE и MoCA демонстрируют «эффект потолка».

Перевод шкалы CTSD-Rus, а также замена некоторых стимулов («сакура», «поезд» и «зубная щетка» были заменены на «яблоня», «автобус» и «ложка» соответственно), вероятно, не нарушили психометрических свойств теста, учитывая сопоставимые результаты валидности и надежности CTSD-Rus для японской и китайской версий [7, 16].

Заключение

Результаты проведенного исследования показали, что CTSD-Rus ориентирован преимущественно на пациентов с тяжелой и более чем тяжелой деменцией и может использоваться исследователями и медицинскими работниками для детальной оценки сохранных когнитивных функций у данной категории пациентов. Указанный тест может быть использован специалистами мультидисциплинарной реабилитационной бригады, осуществляющими медицинскую реабилитацию пациентов с тяжелой деменцией в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания организации здравоохранения, а также стационарных учреждениях социального обслуживания. Динамиче-

скую оценку когнитивных функций при тяжелой деменции рекомендуется проводить не реже одного раза в 6 месяцев или после окончания курса реабилитации.

Между тем стоит отметить ограничения данного исследования. Во-первых, исследование проводилось на базе одного стационарного учреждения социального обслуживания, что снижает возможность обобщения полученных результатов за пределами подобных учреждений. Во-вторых, выборка исследования была неоднородной и преимущественно состояла из пациентов со смешанной деменцией, что ограничивает применимость выводов для пациентов с конкретными нозологическими формами деменции, например, при болезни Альцгеймера. В-третьих, в работе не оценивалась взаимосвязь показателей CTSD-Rus с функциональным статусом пациентов. Наконец, перекрестный дизайн исследования не позволяет судить о чувствительности шкалы к динамическим изменениям когнитивных функций в долгосрочной перспективе.

Исходя из указанных ограничений, дальнейшие исследования должны быть направлены на их преодоление. Первоначальной задачей является валидация CTSD-Rus на более широких и гетерогенных выборках, включая пациентов, наблюдающихся амбулаторно, а также на гомогенных группах с четко установленными подтипами деменции. Для подтверждения критериальной валидности теста перспективным является изучение взаимосвязи баллов CTSD-Rus с показателями функционального статуса, качеством жизни и объективной потребностью в уходе у пациентов с тяжелой деменцией. Кроме того, для оценки чувствительности шкалы к изменениям состояния пациентов необходима организация лонгитюдных исследований с повторными измерениями через 6–12 месяцев. Решение данных задач позволит не только окончательно подтвердить психометрическую надежность CTSD-Rus, но и существенно расширить область его клинического и научного применения.

Источники финансирования. Работа выполнена в рамках научно-исследовательской работы «Разработать метод медицинской реабилитации и порядок оценки ограничений жизнедеятельности пациентов с болезнью Альцгеймера» (Reg. № НИОКТР 20220628 от 25.04.2022); сроки выполнения 2024–2029.

Sources of funding. *The work was carried out as part of the research project «Develop a method of medical rehabilitation and a procedure for assessing the limitations of daily life in patients with Alzheimer's disease» (Reg. No. NIOKTR 20220628 dated 25.04.2022); completion date 2024-2029.*

Литература

1. The Prevalence of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis / Q. Cao, C. C. Tan, W. Xu [et al.] // Journal of Alzheimer's disease. 2020. Vol. 73, № 3. P. 1157–1166. DOI: 10.3233/JAD-191092
2. Folstein, M. F. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician / M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. McHugh // Journal of psychiatric research. 1975 Nov. Vol. 12, № 3. P. 189–198. DOI: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
3. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment / Z. S. Nasreddine, N. A. Phillips, V. Bédirian [et al.] // Journal of the American Geriatrics Society. 2005 Apr. Vol. 53, № 4. P. 695–699. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x
4. Screening for dementia in primary care: a review of the use, efficacy and quality of measures / A. Milne, A. Culverwell, R. Guss [et al.] // International psychogeriatrics. 2008 Oct. Vol. 20, № 5. P. 911–926. DOI: 10.1017/S1041610208007394
5. Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test better suited than the Mini-Mental State Examination (MMSE) in mild cognitive impairment (MCI) detection among people aged over 60? Meta-analysis / N. Ciesielska, R. Sokolowski, E. Mazur [et al.] // Psychiatria polska. 2016 Oct. Vol. 50, № 5. P. 1039–1052. DOI: 10.12740/PP/45368
6. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of Alzheimer's disease and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI) / I. Arevalo-Rodriguez, N. Smailagic, M. R. L. Figuls [et al.] // The Cochrane database of systematic reviews. 2015 Mar. Vol. 2015, № 3. Art. CD010783. DOI: 10.1002/14651858.CD010783
7. Development of the Cognitive Test for Severe Dementia / H. Tanaka, Y. Nagata, M. Uematsu [et al.] // Dementia and geriatric cognitive disorders. 2015. Vol. 40, № 1/2. P. 94–106. DOI: 10.1159/000430089
8. 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.] // Dementia and geriatric cognitive disorders extra. 2018 Jun. Vol. 8, № 2. P. 214–225. DOI: 10.1159/000488937
9. Development of the Japanese version of the Quality of Life in Late-stage Dementia Scale / Y. Nagata, H. Tanaka, D. Ishimaru [et al.] // Psychogeriatrics. 2018 Mar. Vol. 18, № 2. P. 106–112. DOI: 10.1111/psyg.12290
10. Evaluation of an 8-item Severe Impairment Battery (SIB-8) vs. the full SIB in moderate to severe Alzheimer's disease patients participating in a donepezil study / F. A. Schmitt, J. Saxton, S. H. Ferris [et al.] // International journal of clinical practice. 2013 Oct. Vol. 67, № 10. P. 1050–1056. DOI: 10.1111/ijcp.12188
11. Sclan, S. G. Functional assessment staging (FAST) in Alzheimer's disease: reliability, validity, and ordinality / S. G. Sclan, B. Reisberg // International psychogeriatrics. 1992. Vol. 4, suppl. 1. P. 55–69. DOI: 10.1017/s1041610292001157
12. Конституция Республики Беларусь 1994 года : с изм. и доп., принятыми на респ. референдумах 24 нояб. 1996 г., 17 окт. 2004 г. и 27 февр. 2022 г. // Печ : информ.-правовая система (дата обращения: 11.09.2025).
13. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires / C. B. Terwee, S. D. Bot, M. R. de Boer [et al.] // Journal of clinical epidemiology. 2007 Jan. Vol. 60, № 1. P. 34–42. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2006.03.012
14. Корзун, В. А. Адаптация русскоязычной версии Когнитивного теста при тяжелой деменции и его использование в социальном пансионате психоневрологического профиля (постерный доклад) / В. А. Корзун // Вопросы медицинской экспертизы и реабилитации : респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием (Минск, 5-6 сент. 2024 г.). Минск : БГМУ, 2024. URL: <https://meir.by/images/docs/conf2024/Adaptaciiia-russkoiaazy-versii-kognitivnogo.pdf> (дата обращения: 11.09.2025).
15. Koo, T. K. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research / T. K. Koo, M. Y. Li // Journal of chiropractic medicine. 2016 Jun. Vol. 15, № 2. P. 155–163. DOI: 10.1016/j.jcm.2016.02.012
16. 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 // Dementia and geriatric cognitive disorders extra. 2020 Dec. Vol. 10, № 3. P. 172–181. DOI: 10.1159/000511703

Поступила 10.06.2025 г.

Принята в печать 21.10.2025 г.

References

1. Cao Q, Tan CC, Xu W, Hu H, Cao X-P, Dong Q, et al. The Prevalence of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Alzheimer's Disease. 2020;73(3):1157-1166. doi: 10.3233/JAD-191092
2. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research. 1975 Nov;12(3):189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
3. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. Journal of the American Geriatrics Society. 2005 Apr;53(4):695-699. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x
4. Milne A, Culverwell A, Guss R, Tuppen J, Whelton R. Screening for dementia in primary care: a review of the use, efficacy and quality of measures. International Psychogeriatrics. 2008 Oct;20(5):911-26. doi: 10.1017/S1041610208007394
5. Ciesielska N, Sokolowski R, Mazur E, Podhorecka M, Polak-Szabela A, Kędziora-Kornatowska K. Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test better suited than the Mini-Mental State Examination (MMSE) in mild cognitive impairment (MCI) detection among people aged over 60? Meta-analysis. Psychiatria Polska. 2016 Oct;50(5):1039-1052. doi: 10.12740/PP/45368
6. Arevalo-Rodriguez I, Smailagic N, Figuls MRL, Ciapponi A, Sanchez-Perez E, Giannakou A, et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of Alzheimer's disease and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI). The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015 Mar;2015(3):CD010783. doi: 10.1002/14651858.CD010783
7. Tanaka H, Nagata Y, Uematsu M, Takebayashi T, Hanada K, Inokawa M, et al. Development of the Cognitive Test

- for Severe Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2015;40(1-2):94-106. doi: 10.1159/000430089
8. Tanaka H, Nagata Y, Ishimaru D, Ogawa Y, Fukuhara K, Nishikawa T. Clinical Utility of the Cognitive Test for Severe Dementia: Factor Analysis, Minimal Detectable Change, and Longitudinal Changes. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*. 2018 Jun;8(2):214-225. doi: 10.1159/000488937
 9. Nagata Y, Tanaka H, Ishimaru D, Uematsu M, Naito Y, Nishikawa T. Development of the Japanese version of the Quality of Life in Late-stage Dementia Scale. *Psychogeriatrics*. 2018 Mar;18(2):106-112. doi: 10.1111/psyg.12290
 10. Schmitt FA, Saxton J, Ferris SH, Mackell J, Sun Y. Evaluation of an 8-item Severe Impairment Battery (SIB-8) vs. the full SIB in moderate to severe Alzheimer's disease patients participating in a donepezil study. *International Journal of Clinical Practice*. 2013 Oct;67(10):1050-1056. doi: 10.1111/ijcp.12188
 11. Sclan SG, Reisberg B. Functional assessment staging (FAST) in Alzheimer's disease: reliability, validity, and ordinality. *International Psychogeriatrics*. 1992;4 Suppl 1:55-69. doi: 10.1017/s1041610292001157
 12. Constitution of the Republic of Belarus 1994: s izm i dop, prinyatyimi na resp referendumakh 24 noyab 1996 g, 17 okt 2004 g i 27 fevr 2022 g. V: Ilex: inform-pravovaya sistema [Accessed 11th September 2025]. (In Russ.).
 13. Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2007 Jan;60(1):34-42. doi: 10.1016/j.jclinepi.2006.03.012
 14. Korzun VA. Adaptatsiya russkoyazychnoi versii Adaptation of the Russian version of the cognitive test for severe dementia and its use in a psycho-neurological profile social boarding school (poster report). V: Voprosy meditsinskoi ekspertizy i reabilitatsii: resp nauch-prakt konf s mezhdunar uchastiem (Minsk, 5-6 sent 2024 g.). Minsk, RB: BGMU; 2024. URL: <https://meir.by/images/docs/conf2024/Adaptatsiia-russkoiazy-versii-kognitivnogo.pdf> [Accessed 11th September 2025]. (In Russ.).
 15. Koo TK, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*. 2016 Jun;15(2):155-163. doi: 10.1016/j.jcm.2016.02.012
 16. Leung S-L, Tanaka H, Kwok TCY. Development of Chinese Versions of Quality of Life in Late-Stage Dementia and Cognitive Tests for Severe Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*. 2020 Dec;10(3):172-181. doi: 10.1159/000511703

Submitted 10.06.2025

Accepted 21.10.2025

Сведения об авторах:

В.А. Корзун – врач-психиатр-нарколог, УЗ «Борисовская центральная районная больница», <https://orcid.org/0009-0007-6625-5750>;

Лакутин Антон Андреевич – научный сотрудник лаборатории медицинской экспертизы и реабилитации при психических и поведенческих расстройствах, РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, <https://orcid.org/0009-0009-3694-8446>, e-mail: lakutin_anton@mail.ru;

Т.А. Емельянцева – д.м.н., доцент, профессор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии с курсом повышения квалификации и переподготовки, УО «Белорусский государственный медицинский университет», <https://orcid.org/0009-0000-2861-0829>.

Information about authors:

V.A. Korzun – psychiatrist-narcologist, Borisov Central District Hospital, <https://orcid.org/0009-0007-6625-5750>;

Anton A. Lakutin – research officer of the laboratory of medical assessment and rehabilitation in psychiatric and behavioral disorders, National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation, <https://orcid.org/0009-0009-3694-8446>, e-mail: lakutin_anton@mail.ru;

T.A. Emelyantseva – Doctor of Medical Sciences, associate professor, professor of the chair of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Medical Psychology with the course of the Faculty for Advanced Training & Retraining, Belarusian State Medical University, <https://orcid.org/0009-0000-2861-0829>.