

Шкала оценки тяжести лобно-височной деменции (Frontotemporal dementia rating scale — FTD-FRS): лингвокультурная адаптация в России

Ю.А. Шпилюкова¹, Д.Г. Юсупова¹, Д.Р. Ахмадуллина¹, Н.В. Полехина², А.В. Наминов¹, М.Е. Синельников³, А.Б. Зайцев³, А.А. Зимин¹, А.В. Белопасова¹, Е.Ю. Федотова¹, Н.А. Супонева¹, С.Н. Иллариошкин¹, М.А. Пирадов¹

¹ФГБНУ «Научный центр неврологии», Москва, Россия;

²ГБУЗ «Городская клиническая больница № 24 ДЗМ», Москва, Россия;

³ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России» (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Введение. Лобно-височная деменция (ЛВД) — нейродегенеративное заболевание, представляющее вторую по частоте причину деменции с ранним началом (до 65 лет). Количественная оценка тяжести заболевания может служить важным инструментом при определении прогноза и объективной оценке темпа прогрессирования заболевания, что важно не только для клинической практики, но и при проведении научных исследований. Специализированные русскоязычные шкалы для оценки тяжести деменции при ЛВД отсутствуют, а использование с этой целью шкал, разработанных для функциональной оценки пациентов с болезнью Альцгеймера, приводит к ошибочной диагностике и снижает качество проводимых исследований.

Цель работы — лингвокультурная адаптация и валидация русскоязычной версии Шкалы оценки тяжести ЛВД (Frontotemporal dementia rating scale — FTD-FRS).

Материалы и методы. Проведены прямой и обратный переводы шкалы и материалов к ней, пилотное тестирование, разработка русскоязычного варианта при участии филолога-лингвиста и неврологов, специализирующихся на работе с пациентами с когнитивными нарушениями.

Результаты. После окончания процедуры прямого и обратного переводов экспертной комиссией устранены неточности перевода материалов шкалы. Произведено пилотное тестирование на 10 пациентах с ЛВД, трудностей при понимании и интерпретации инструкций у исследователей не возникло. После проведения данного этапа принят финальный вариант русскоязычной версии шкалы. В статье приведены основной текст шкалы и ссылка на полный вариант шкалы с основным текстом и инструкциями.

Заключение. Впервые опубликован русскоязычный вариант Шкалы оценки тяжести ЛВД. Выполнен первый этап валидации (лингвокультурная адаптация) на базе Научного центра неврологии. Продолжается работа по оценке психометрических свойств русскоязычной версии.

Ключевые слова: лобно-височная деменция; шкала оценки тяжести; валидация; лингвокультурная адаптация.

Источник финансирования. Работа выполнена при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (грант № 19-015-00533).

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Адрес для корреспонденции: 125367, Москва, Волоколамское шоссе, д. 80. ФГБНУ НЦН. E-mail: jshpilyukova@gmail.com. Шпилюкова Ю.А.

Для цитирования: Шпилюкова Ю.А., Юсупова Д.Г., Ахмадуллина Д.Р., Полехина Н.В., Наминов А.В., Синельников М.Е., Зайцев А.Б., Зимин А.А., Белопасова А.В., Федотова Е.Ю., Супонева Н.А., Иллариошкин С.Н., Пирадов М.А. Шкала оценки тяжести лобно-височной деменции (Frontotemporal dementia rating scale — FTD-FRS): лингвокультурная адаптация в России. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии* 2020; 14(2): 82–87.

DOI: 10.25692/ACEN.2020.2.11

Поступила 04.02.2020 / Принята в печать 17.02.2020

Frontotemporal Dementia Rating Scale (FTD-FRS): Linguistic and Cultural Adaptation in Russia

Yuliya A. Shpilyukova¹, Djamilya G. Yusupova¹, Diliara R. Akmadullina¹, Natalia V. Polekhina², Alexander V. Naminov¹, Mikhail E. Sinelnikov⁴, Aleksander B. Zaytsev⁴, Aleksey A. Zimin¹, Anastasia V. Belopasova¹, Ekaterina Yu. Fedotova¹, Nataliya A. Suponeva¹, Sergey N. Illarioshkin¹, Mikhail A. Piradov¹

¹Research Center of Neurology, Moscow, Russia;²City Clinical Hospital No. 24, Moscow, Russia;³I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

Introduction. Frontotemporal dementia (FTD) is a neurodegenerative disease and is the second most frequent cause of early-onset dementia (before 65 years). Quantitative assessment of disease severity can be an essential tool for predicting and objectively assessing the rate of disease progression, which is vital not only for clinical practice but also for research. There are no specialized Russian language scales for evaluating the severity of dementia in FTD, and the use of functional assessment scales developed for patients with Alzheimer disease for this purpose leads to erroneous diagnosis and reduces the quality of research.

The aim of this work was to perform linguistic and cultural adaptation and validation of the Russian version of the Frontotemporal Dementia Rating Scale (FTD-FRS).

Materials and methods: Forward and back translations of the scale and its materials, pilot testing, development of the Russian language version with the help of a linguist and neurologists specializing in working with patients with cognitive impairments were performed.

Results. After completing the forward and back translations, the expert commission removed inaccuracies in the translation of the scale materials. Pilot testing was carried out on 10 patients with FTD. Researchers did not have any difficulties understanding and interpreting the instructions. After this stage, the final edition of the Russian version of the scale was adopted. The article contains the main text of the scale and a link to the full version of the scale with the main text and instructions.

Conclusion. A Russian language version of the Frontotemporal Dementia Rating Scale has been published for the first time. The first stage of validation (linguistic and cultural adaptation) was performed in the Research Center of Neurology. There is ongoing work to evaluate the psychometric properties of the Russian language version.

Keywords: frontotemporal dementia; rating scale; validation; linguistic and cultural adaptation.

Acknowledgments. The work was supported by the Russian Foundation for Basic Research (grant No. 19-015-00533).

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

For correspondence: 125367, Russia, Moscow, Volokolamskoye shosse, 80. Research Center of Neurology. E-mail: jshpilyukova@gmail.com. Bakulin I.S.

For citation: Shpilyukova Yu.A., Yusupova D.G., Akmadullina D.R., Polekhina N.V., Naminov A.V., Sinelnikov M.E., Zaytsev A.B., Zimin A.A., Belopasova A.V., Fedotova E.Yu., Suponeva N.A., Illarioshkin S.N., Piradov M.A. [Frontotemporal Dementia Rating Scale (FTD-FRS): linguistic and cultural adaptation in Russia]. *Annals of clinical and experimental neurology* 2020; 14(2): 82–87. (In Russ.)

DOI: 10.25692/ACEN.2020.2.11

Received 04.02.2020 / Accepted 17.02.2020

Введение

Лобно-височная деменция (ЛВД) — нейродегенеративное заболевание, проявляющееся прогрессирующими нарушениями поведения и/или речи, нередко двигательными расстройствами, ассоциированное с гипотрофией лобных и/или височных долей головного мозга. ЛВД считается второй по распространенности причиной деменции в группе пациентов с ранним дебютом (<65 лет) после болезни Альцгеймера [1]. Заболевание является крайне гетерогенным с клинической, генетической и патоморфологической точек зрения. В настоящее время выделяют несколько клинических форм заболевания, основными из которых являются поведенческий вариант ЛВД (пвЛВД), аграмматический (авППА) и семантический (свППА) варианты первичной прогрессирующей афазии [2]. До 40% случаев ЛВД имеют отягощенный семейный анамнез с аутосомно-доминантным типом наследования [3]. В настоящее время описано несколько десятков генов, мутации в которых могут приводить к развитию заболевания [4]. Однако все случаи, ассоциированные с выявленной мутацией в каком-либо известном гене, составляют лишь половину семейных случаев, что говорит о вовлечении в патогенез болезни ряда других механизмов. Учитывая сложность патогенетического процесса и разнообразие фенотипов ЛВД, очень сложно предсказать скорость прогрессирования заболевания в каждом конкретном случае.

В недавних исследованиях показано, что ЛВД значительно влияет на повседневную активность даже при развитии

клинических вариантов, изолированно ассоциированных с речевой дисфункцией [5]. И хотя в настоящее время не существует специфического лечения для ЛВД, дальнейшее изучение патогенеза заболевания может привести к разработке и внедрению новых соединений с терапевтическим потенциалом. При этом для проведения клинических исследований требуются специфические шкалы, способные точно оценивать степень тяжести различных вариантов ЛВД и чувствительные к определению темпа прогрессирования заболевания. До недавнего времени не существовало специализированной шкалы, позволяющей оценивать скорость прогрессирования ЛВД с учетом разных фенотипов. Были попытки использования для этой цели шкалы оценки тяжести деменции при болезни Альцгеймера (Clinical dementia rating scale — CDR), а также модифицированного варианта шкалы CDR для ЛВД (FTLD-CDR), которые показали их неспособность выявления различий между клиническими вариантами ЛВД и скорости прогрессирования в каждом конкретном случае [6]. Для этой цели в 2009 г. была разработана специализированная шкала, способная оценить степень тяжести и уровень функционального снижения при ЛВД — Шкала оценки тяжести лобно-височной деменции (Frontotemporal dementia rating scale — FTD-FRS) [7]. Шкала создана коллективом авторов из Великобритании и Австралии и преимущественно используется в оригинальном англоязычном варианте. Согласно доступным данным, адаптация данной шкалы и ее валидация проводились лишь в Бразилии [8] и Испании [9]. На русский язык шкала ранее не переводилась и в русскоязычных научных исследованиях не использовалась.

Целью работы являлась лингвокультурная адаптация шкалы FTD-FRS с последующей оценкой психометрических свойств русскоязычной версии.

Материалы и методы

Лингвокультурная адаптация шкалы и протокол ее валидации были согласованы с профессором, специалистом по клиническим исследованиям Университета Восточной Англии, доктором Е. Mioshi, которая является одним из разработчиков оригинальной версии. Лингвокультурная адаптация производилась согласно общепринятым рекомендациям [10, 11].

На первом этапе осуществлен прямой перевод оригинальной версии шкалы и инструкций к ней с английского языка на русский двумя независимыми медицинскими переводчиками (рисунок). На втором этапе произведен обратный перевод общей русской версии на английский язык носителем английского языка, имеющим медицинское образование. После этого разработанная русская версия обсуждена экспертной комиссией под председательством переводчика-эксперта, не принимавшего ранее участие в переводе. В состав комиссии также вошли неврологи, работающие с пациентами с деменцией, и медицинские переводчики.



Схема проведения лингвокультурной адаптации шкалы оценки тяжести лобно-височной деменции (Frontotemporal dementia rating scale — FTD-FRS)

Flowchart of the linguistic and cultural adaptation of the Frontotemporal Dementia Rating Scale (FTD-FRS)

Следующим этапом было проведение пилотного тестирования на 10 пациентах с диагнозом ЛВД, наблюдающихся в отделении нейродегенеративных и наследственных заболеваний нервной системы ФГБНУ «Научный центр неврологии».

Критерии включения в исследование:

- возраст пациентов 35–85 лет;
- соответствие клинически возможному, вероятному и точному диагнозу пвЛВД [12];
- соответствие диагностическим критериям авППА и свППА [11].

Критериям невключения:

- манифестация заболевания ранее 35 лет;
- соответствие диагностическим критериям диагноза логопенического варианта ППА [13];
- выраженные психические или тяжелые соматические расстройства, не позволяющие осуществить продуктивный контакт с пациентом;
- отказ от проведения исследования.

В результате в работу были включены 6 пациентов с пвЛВД и 4 пациента с авППА.

После пилотного тестирования было проведено повторное заседание экспертной комиссии, утверждена финальная русскоязычная версия шкалы.

Исследование было одобрено Локальным этическим комитетом ФГБНУ «Научный центр неврологии». Все испытуемые подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты и обсуждение

Шкала представляет собой опросник из 30 вопросов, посвященных различным аспектам повседневной активности пациента, оценивающих поведение в целом, поведение на улице и в магазине, выполнение работы по дому и способность к телефонным звонкам, способность вести финансовые дела и корреспонденцию, прием лекарств, приготовление и прием пищи, безопасность и мобильность. Предполагается, что вопросы могут быть заданы как непосредственно пациенту, так и ухаживающему за ним лицу (в зависимости от тяжести выраженности когнитивных нарушений). Кроме того, к основному тексту шкалы прилагаются два подробных руководства по проведению опроса и оценке результатов¹. По результатам проведения опроса по специальной формуле производится оценка сохранности различных аспектов повседневной активности (в процентах) и дальнейший перевод соответствующего процента в логит-показатель, согласно таблице в руководстве. Диапазоны логит-показателей соответствуют различным стадиям деменции; согласно шкале оценки тяжести лобно-височной деменции (Frontotemporal dementia rating scale — FTD-FRS) выделяют шесть таких стадий — от очень легкой до глубокой.

В процессе перевода и разработки финальной русскоязычной версии основные сложности были связаны с адаптацией исходного смысла англоязычного текста для русской речи, чтобы это звучало доступно и понятно. В ходе ра-

¹ Материалы шкалы доступны по ссылке: <https://www.neurology.ru/reabilitaciya/centr-validacii-mezhdunarodnyh-shkal-i-oprosnikov>

боты комиссии было внесено незначительное количество корректив. Например, в Руководстве по оценке в вопросе 8 при оценке способности пациента к безопасному использованию привывных видов транспорта в пункте ответа «почти всегда» удалена фраза о вождении автомобиля по водительским правам с ограничением использования транспортного средства территориально и по времени («drives with a restricted licence» в исходном тексте), ввиду отсутствия данного вида водительских прав на территории России. Кроме того, в Руководстве по оценке было принято решение о замене последовательности предлагаемых вариантов с «никогда — иногда — почти всегда» на «почти всегда — иногда — никогда», что согласуется с порядком вариантов ответа в основном тексте шкалы и облегчает восприятие информации.

При проведении пилотного тестирования все пациенты были носителями русского языка, их клиническое состояние соответствовало диагностическим критериям пЛВД [12] и авППА [13]. Во включенной в исследование группе преобладали женщины (7/3). Медиана возраста пациентов составила 66 [квартили: 57; 75] лет, медиана продолжительности заболевания 42 [квартили: 25; 60] мес.

Пилотное тестирование производилось в день планового консультативного приема двумя независимыми неврологами с интервалом оценки 40–50 мин. Сложностей при понимании и интерпретации инструкций у исследователей не возникло. В процессе пилотного тестирования сделан вывод о более предпочтительном варианте тестирования ухаживающего лица, а не самого пациента. Это связано с тем, что пациент даже с минимальным когнитивным дефицитом может давать ошибочные ответы относительно своего состояния ввиду снижения критики. Различий в стратификации пациентов по стадиям деменции между неврологами, проводившими пилотное тестирование, не выявлено.

Список литературы

- Knopman D.S., Roberts R.O. Estimating the number of persons with frontotemporal lobar degeneration in the US population. *J Mol Neurosci* 2011; 45: 330–335. DOI: 10.1007/s12031-011-9538-y PMID: 21584654.
- Deuschländer A.B., Ross O.A., Dickson D.W., Wszolek Z.K. Atypical parkinsonian syndromes: a general neurologist's perspective. *Eur J Neurol* 2018, 25: 41–58. DOI: 10.1111/ene.13412. PMID: 28803444.
- Goldman J.S., Farmer J.M., Wood E.M. et al. Comparison of family histories in FTLD subtypes and related tauopathies. *Neurology* 2005, 65: 1817–1819. DOI: 10.1212/01.wnl.0000187068.92184.63. PMID: 16344531.
- Шпилюкова Ю.А., Федотова Е.Ю., Иллариошкин С.Н. Генетическое разнообразие лобно-височной деменции. *Молекулярная биология* 2020; 54(1): 17–28. DOI: 10.31857/S0026898420010139.
- Mioshi E., Kipps C.M., Dawson K. et al. Activities of daily living in frontotemporal dementia and Alzheimer disease. *Neurology* 2007; 68: 2077–2084. DOI: 10.1212/01.wnl.0000264897.13722.53 PMID: 17562828.
- Knopman D.S., Kramer J.H., Boeve B.F. et al. Development of methodology for conducting clinical trials in frontotemporal lobar degeneration. *Brain* 2008; 131(11): 2957–2968. DOI: 10.1093/brain/awn234. PMID: 18829698.
- Mioshi E., Hsieh S., Savage S. et al. Clinical staging and disease progression in frontotemporal dementia. *Neurology* 2010; 74: 1591–1597. DOI: 10.1212/WNL.0b013e3181e04070. PMID: 20479357.
- Lima-Silva T.B., Bahia V.S., Carvalho V.A. et al. Tradução, adaptação transcultural e aplicabilidade da Escala de Estadiamento e Progressão da Degeneração Lobar Frontotemporal. *Dement Neuropsychol* 2013, 7: 387–396. DOI: 10.1590/S1980-57642013DN74000006. PMID: 29213863.
- Turró-Garriga O., Contreras C.H., Cladera J.O. et al. Adaptación y validación de la Frontotemporal Dementia Rating Scale (FTD-FRS) al castellano. *Neurología* 2017; 32: 290–299. DOI: 10.1016/j.nrl.2015.12.004. PMID: 26877196.
- Новик А.А., Ионова Т.И. Языковая и культурная адаптация опросника оценки качества жизни. В кн.: Шевченко Ю.Л. (ред.) Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М., 2007: 57–61.

По результатам пилотного тестирования проведено второе заседание экспертной комиссии и утвержден окончательный вариант русскоязычной версии (см. Приложение).

Заключение

Таким образом, нами проведен первый этап валидации Шкалы оценки тяжести лобно-височной деменции (FTD-FRS), в котором осуществлены перевод и лингвокультурная адаптация данной шкалы для русскоязычного населения. Шкала является доступной и простой в использовании для специалистов разного профиля, сталкивающихся с пациентами с ЛВД в повседневной практике (неврологи, психологи, психиатры). На момент публикации данной статьи продолжается работа по оценке психометрических свойств шкалы (надежность, чувствительность, валидность).

С русскоязычной версией Шкалы оценки тяжести лобно-височной деменции (Frontotemporal dementia rating scale — FTD-FRS) можно ознакомиться в Приложении и на сайте <https://www.neurology.ru/reabilitaciya/centr-validacii-mezhdunarodnyh-shkal-i-oprosnikov>



Коллектив авторов выражает благодарность профессору Е. Mioshi за помощь в разработке дизайна исследования.

References

- Knopman D.S., Roberts R.O. Estimating the number of persons with frontotemporal lobar degeneration in the US population. *J Mol Neurosci* 2011; 45: 330–335. DOI: 10.1007/s12031-011-9538-y PMID: 21584654.
- Deuschländer A.B., Ross O.A., Dickson D.W., Wszolek Z.K. Atypical parkinsonian syndromes: a general neurologist's perspective. *Eur J Neurol* 2018, 25: 41–58. DOI: 10.1111/ene.13412. PMID: 28803444.
- Goldman J.S., Farmer J.M., Wood E.M. et al. Comparison of family histories in FTLD subtypes and related tauopathies. *Neurology* 2005, 65: 1817–1819. DOI: 10.1212/01.wnl.0000187068.92184.63. PMID: 16344531.
- Shpilyukova Yu.A., Fedotova E.Yu., Illarioshkin S.N. [Genetic Diversity in Frontotemporal Dementia]. *Molecular Biology* 2020; 54(1): 13–23. DOI: 10.1134/S0026893320010136. (In Russ.)
- Mioshi E., Kipps C.M., Dawson K. et al. Activities of daily living in frontotemporal dementia and Alzheimer disease. *Neurology* 2007; 68: 2077–2084. DOI: 10.1212/01.wnl.0000264897.13722.53 PMID: 17562828.
- Knopman D.S., Kramer J.H., Boeve B.F. et al. Development of methodology for conducting clinical trials in frontotemporal lobar degeneration. *Brain* 2008; 131(11): 2957–2968. DOI: 10.1093/brain/awn234. PMID: 18829698.
- Mioshi E., Hsieh S., Savage S. et al. Clinical staging and disease progression in frontotemporal dementia. *Neurology* 2010; 74: 1591–1597. DOI: 10.1212/WNL.0b013e3181e04070. PMID: 20479357.
- Lima-Silva T.B., Bahia V.S., Carvalho V.A. et al. Tradução, adaptação transcultural e aplicabilidade da Escala de Estadiamento e Progressão da Degeneração Lobar Frontotemporal. *Dement Neuropsychol* 2013, 7: 387–396. DOI: 10.1590/S1980-57642013DN74000006. PMID: 29213863.
- Turró-Garriga O., Contreras C.H., Cladera J.O. et al. Adaptación y validación de la Frontotemporal Dementia Rating Scale (FTD-FRS) al castellano. *Neurología* 2017; 32: 290–299. DOI: 10.1016/j.nrl.2015.12.004. PMID: 26877196.
- Novik A.A., Ionova T.I. [Linguistic and cultural adaptation of the quality of life questionnaire]. In: Shevchenko Yu.L. (ed.) Guide to the study of quality of life in medicine. 2nd ed. Moscow, 2007: 57–61. (In Russ.)

11. Beaton D., Bombardier C., Guillemin, F., Ferraz M. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 1976; 25: 3186–3191. DOI: 10.1097/00007632-200012150-00014. PMID: 11124735.
12. Rascovsky K., Hodges J.R., Knopman D. et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain* 2011; 134: 2456–2477. DOI: 10.1093/brain/awr179. PMID: 21810890.
13. Gorno-Tempini M.L., Hillis A.E., Weintraub S. et al. Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology* 2011; 76: 1006–1014. DOI: 10.1212/WNL.0b013e31821103e6. PMID: 21325651.

Информация об авторах

Шпилюкова Юлия Александровна — врач-невролог, аспирант 5-го неврологического отделения ФГБНУ НЦН, Москва, Россия
Юсупова Джамалия Гереевна — врач-невролог, м.н.с. отд. нейрореабилитации и физиотерапии ФГБНУ НЦН, Москва, Россия
Ахмадулина Дилара Робертовна — врач-невролог, аспирант 5-го неврологического отделения ФГБНУ НЦН, Москва, Россия
Полехина Наталья Вадимовна — врач-невролог, Межкрупное отделение рассеянного склероза при ГБУЗ ГКБ № 24 ДЗМ, Россия, Москва
Наминов Александр Владимирович — аспирант 1-го неврологического отделения, ФГБНУ НЦН, Москва, Россия
Синельников Михаил Егорович — м.н.с., Институт регенеративной медицины, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия
Зайцев Александр Борисович — к.ф.н., доц. Института лингвистики и межкультурной коммуникации, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия
Зимин Алексей Алексеевич — к.п.н., н.с. отд. нейрореабилитации и физиотерапии ФГБНУ НЦН, Москва, Россия
Белопасова Анастасия Владимировна — к.м.н., н.с. 3-го неврологического отделения ФГБНУ НЦН, Москва, Россия
Федотова Екатерина Юрьевна — д.м.н., рук. 5-го неврологического отделения ФГБНУ НЦН, Москва, Россия
Супонева Наталья Александровна — д.м.н., член-корреспондент РАН, рук. отд. нейрореабилитации и физиотерапии ФГБНУ НЦН, Москва, Россия
Иллариошкин Сергей Николаевич — д.м.н., проф., член-корр. РАН, зам. директора по научной работе, рук. отдела исследований мозга ФГБНУ НЦН, Москва, Россия
Пирадов Михаил Александрович — д.м.н., проф., акад. РАН, директор ФГБНУ НЦН, Москва, Россия

11. Beaton D., Bombardier C., Guillemin, F., Ferraz M. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 1976; 25: 3186–3191. DOI: 10.1097/00007632-200012150-00014. PMID: 11124735.
12. Rascovsky K., Hodges J.R., Knopman D. et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain* 2011; 134: 2456–2477. DOI: 10.1093/brain/awr179. PMID: 21810890.
13. Gorno-Tempini M.L., Hillis A.E., Weintraub S. et al. Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology* 2011; 76: 1006–1014. DOI: 10.1212/WNL.0b013e31821103e6. PMID: 21325651.

Information about the authors

Yuliya A. Shpilyukova, neurologist, postgraduate student, Department of neurogenetics, Research Center of Neurology, Moscow, Russia
Djamiya G. Yusupova, neurologist, junior researcher, Department of neurorehabilitation and physiotherapy, Research Centre of Neurology, Moscow, Russia
Diliana R. Akmadullina, neurologist, postgraduate student, Department of Neurogenetics, Research Center of Neurology, Moscow, Russia
Natalia V. Polekhina, neurologist, Moscow inter-area division of multiple sclerosis, State Budgetary Healthcare Institution, Moscow City Health Department City Clinical Hospital No. 24, Moscow, Russia
Alexander V. Naminov, postgraduate student, 1st Neurological department, Research Center of Neurology, Moscow, Russia
Mikhail E. Sinelnikov, junior researcher, Institute for Regenerative Medicine, Sechenov Moscow First State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia
Aleksander B. Zaytsev, PhD (Philol.), Assoc. Prof., Institute of Linguistics and Intercultural Communication, Sechenov Moscow First State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia
Aleksey A. Zimin, PhD (Pedagogy), researcher, Department of neurorehabilitation and physiotherapy, Research Centre of Neurology, Moscow, Russia
Anastasia V. Belopasova, PhD (Med.), 3d Neurological department, Research Center of Neurology, Moscow, Russia
Ekaterina Yu. Fedotova, D. Sci. (Med.), Head of the 5th Neurology Department, Research Center of Neurology, Moscow, Russia
Nataliya A. Suponeva, D. Sci. (Med.), Corr. Member of the Russian Academy of Sciences, Head, Department of neurorehabilitation and physiotherapy, Research Centre of Neurology, Moscow, Russia
Sergey N. Illarioshkin, D. Sci. (Med.), Prof., Corr. Member of the Russian Academy of Sciences, Deputy Director, Head of the Department for Brain Research, Research Center of Neurology, Moscow, Russia
Mikhail A. Piradov, D. Sci. (Med.), Academician of the Russian Academy of Sciences, Director, Research Centre of Neurology, Moscow, Russia

Приложение

Шкала оценки тяжести лобно-височной деменции (Frontotemporal dementia rating scale — FTD-FRS)

ФИО пациента: _____
Дата заполнения: _____

ФИО респондента: _____
Степень родства респондента: _____

Прежде чем использовать шкалу, ознакомьтесь с руководствами по проведению опроса и оценке его результатов. Отметьте частоту возникновения проблемы, описанной в каждом из пунктов ниже. Если какой-либо пункт пациенту не подходит (например, если пациент никогда не готовил пищу), обведите вариант «неприменимо».

Поведение	Частота		
1. Отмечается уменьшение интереса к определённой деятельности — к собственным хобби, досугу, новым вещам	Почти всегда	Иногда	Никогда
2. Отмечаются снижение привязанности к близким, снижение интереса к их проблемам	Почти всегда	Иногда	Никогда
3. Не откликается на просьбы что-либо сделать; отказывается помогать	Почти всегда	Иногда	Никогда
4. Оказавшись в новой обстановке, смущается или чувствует себя дезориентированным	Почти всегда	Иногда	Никогда
5. Отмечается тревожность	Почти всегда	Иногда	Никогда
6. Имеется склонность к необдуманным импульсивным поступкам; снижено критическое отношение к своему поведению	Почти всегда	Иногда	Никогда
7. Забывает, какой сегодня день	Почти всегда	Иногда	Никогда
Поведение на улице и в магазине			
8. Имеются проблемы с безопасным использованием привычных видов транспорта (с вождением автомобиля, ездой на велосипеде или при использовании общественного транспорта)	Почти всегда	Иногда	Никогда
9. Трудно самостоятельно ходить за покупками (например, трудно ходить в соседний магазин за повседневными продуктами, такими как хлеб и молоко, если пациент не ездит в гипермаркеты)	Почти всегда/ неприменимо	Иногда	Никогда
Работа по дому и телефонные звонки			
10. Потеря интереса или мотивации к выполнению работы по дому, которую пациент выполнял ранее	Почти всегда/ неприменимо	Иногда	Никогда
11. Трудности при выполнении работы по дому в прежнем объёме	Почти всегда/ неприменимо	Иногда	Никогда
12. Трудности при поиске телефонного номера и при его правильном наборе	Почти всегда	Иногда	Никогда
Финансы и корреспонденция			
13. Потеря интереса к собственным финансовым делам	Почти всегда/ неприменимо	Иногда	Никогда
14. Проблемы с организацией финансов и оплатой счетов, чеков, ведением сберегательного счета	Почти всегда/ неприменимо	Иногда	Никогда
15. Трудности с ведением корреспонденции (с навыками чтения и письма)	Почти всегда/ неприменимо	Иногда	Никогда
16. Трудности при использовании наличных денег в магазинах, на бензозаправках и т.д.	Почти всегда	Иногда	Никогда
Приём лекарств			
17. Имеются проблемы с приёмом лекарств вовремя (забывает или отказывается принимать препараты)	Почти всегда/ неприменимо	Иногда	Никогда
18. Трудности с приемом лекарственных препаратов в соответствии с назначениями (в правильной дозе)	Почти всегда/ неприменимо	Иногда	Никогда
Приготовление и приём пищи			
19. Потеря имевшегося ранее интереса или мотивации к приготовлению пищи для себя (по сравнению с состоянием до начала заболевания; то же относится к вопросам 20 и 21)	Почти всегда/ неприменимо	Иногда	Никогда
20. Имеются трудности с организацией процесса приготовления пищи (выбором ингредиентов, посуды, последовательности действий)	Почти всегда/ неприменимо	Иногда	Никогда
21. Трудности при самостоятельном приготовлении пищи (требуется посторонняя помощь на кухне)	Почти всегда/ неприменимо	Иногда	Никогда
22. Не проявляет инициативу к приёму пищи (при отсутствии напоминания может пропустить все приёмы пищи)	Почти всегда	Иногда	Никогда
23. Имеются трудности при выборе столовых приборов и специй во время приема пищи	Почти всегда	Иногда	Никогда
24. Имеются трудности с соблюдением скорости приема пищи и правил поведения за столом	Почти всегда	Иногда	Никогда
25. Постоянно хочет есть одно и то же	Почти всегда	Иногда	Никогда
26. Предпочитает сладкое больше, чем раньше	Почти всегда	Иногда	Никогда
Самообслуживание и мобильность			
27. Имеются трудности при выборе подходящей одежды (соответствующей сезону, погоде или цветовой гамме)	Почти всегда/ неприменимо	Иногда	Никогда
28. Страдает недержанием	Почти всегда	Иногда	Никогда
29. Не может быть оставлен дома без присмотра на весь день (из соображений безопасности)	Почти всегда	Иногда	Никогда
30. Прикован к постели	Почти всегда	Иногда	Никогда

Комментарии: