

УДК: 616-085

DOI: 10.24411/2312-2935-2020-00002

О ПОВЫШЕНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ МУЛЬТИМОДАЛЬНЫМ ПРОГРАММАМ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С УМЕРЕННЫМИ КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

И.В. Авдеева¹, К.И. Прощаев^{2,3}, Ю.Д. Губарев¹, Э.В. Фесенко², Е.А. Лысых¹

¹ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород

²Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, г. Москва

³Автономная некоммерческая организация Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», г. Москва

Проблема низкой приверженности рекомендованной линии терапии среди пациентов с когнитивными нарушениями в современной геронтологии выходит на лидирующие позиции, затрудняя лечение основного заболевания и, тем самым, внося отрицательное влияние на индивидуальную жизнеспособность пациента.

Цель исследования – определить пути повышения приверженности комбинированной программе реабилитации среди пациентов с умеренными когнитивными нарушениями.

Материалы и методы. В исследование включено 203 пациента в возрасте от 45 до 75 лет (из них, 117 женщин, 86 мужчин) с умеренными когнитивными нарушениями. В соответствии с возрастными характеристиками, пациентам была рекомендована комбинированная реабилитационная программа с включением линии медикаментозной терапии, курса индивидуальной физической активности и дополнительного блока в основной группе пациентов – алгоритма действий (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2019614243), как способа коррекции когнитивного дефекта. Уровни физической активности рандомизированы по возрастным характеристикам пациентов с постепенным повышением длительности выполняемых упражнений. Длительность программы реабилитации составила 6 месяцев. Оценка приверженности реабилитационной программе проводилась на сроке 3 и 6 месяцев исследования. Материалы исследования подвергнуты статистической обработке при помощи программы IBM SPSS Statistics v.23. Исследование достоверности полученных результатов проводилось при помощи критерия Стьюдента. Результаты исследования считались достоверными при $p < 0,05$ (при 5% уровне значимости).

Результаты и их обсуждение. При оценке результатов исследования среди пациентов с когнитивными нарушениями, получавших комбинированную программу реабилитации, приверженность программе достоверно выше в основной группе, как среди пациентов пожилого, так и среднего возраста. Среди пациентов пожилого возраста в контрольной и основной группах спустя 6 месяцев установлено достоверное различие между количеством пациентов, регулярно занимающихся физическими упражнениями ($p=0,028$) и достоверное различие в числе тех, кто не занимался по предложенной программе физической активности ($p=0,026$). Так же среди пациентов среднего возраста в контрольной и основной группах имеется достоверное различие в числе пациентов регулярно принимающих лекарственные препараты на сроке когнитивной реабилитации в 6 месяцев ($p < 0,001$) и нерегулярно принимающих лекарственные препараты на сроке когнитивной реабилитации в 6 месяцев ($p=0,002$).

Выводы. Результаты исследования демонстрируют важность коррекции имеющихся когнитивных нарушений у пациентов, в рекомендациях которых имеются комбинированные методы терапии, при этом важен поиск путей повышения приверженности терапии. В ходе выявления причин по снижению приверженности установлен комплекс причин некогнитивного характера, на которых необходимо акцентировать внимание при назначении комбинированных схем терапии и реабилитации.

Ключевые слова: пожилой возраст, приверженность, когнитивные нарушения, алгоритм действий, комбинированная программы реабилитации.

ABOUT IMPROVEMENT OF MULTIMODAL REHABILITATION PROGRAMS FOR ELDERLY PATIENTS WITH MODERATE COGNITIVE DISORDERS

I.V. Avdeeva¹, K.I. Proshchayeu^{2,3}, Yu.D. Gubarev¹, E.V. Fesenko², E. A. Lysykh¹

¹ *Belgorod State University, Belgorod*

² *Academy of postgraduate education under FSBU FSCC of FMBA of Russia, Moscow*

³ *Autonomous nonprofit organization "Research medical center "Gerontology", Moscow*

The problem of low adherence to the recommended line of therapy among patients with cognitive impairment in modern gerontology comes to the forefront, making it difficult to treat the underlying disease and thus having a negative impact on the patient's individual viability.

The aim of the study identify ways to increase adherence to the combined rehabilitation program among patients with mild cognitive impairment.

Materials and methods. The study included 203 patients between the ages of 45 and 75 (of whom, 117 women, 86 men) with mild cognitive impairment. In accordance with age characteristics, patients were recommended a combined rehabilitation program with the inclusion of a line of drug therapy, a course of individual physical activity and an additional unit in the main group patients - an algorithm of actions (certificate of state registration of the program for computer No.2019614243) as a way to correct cognitive defect. Levels of physical activity are randomized by age characteristics of patients with a gradual increase in the duration of exercise. The duration of the rehabilitation program was 6 months. The commitment to the rehabilitation programme was assessed for 3 and 6 months of the study. The study materials are statistically processed using IBM SPSS Statistics v.23. The test of the validity of the results was carried out using the Student criterion. The results of the study were considered reliable at p.05 (at 5% level of significance).

Results and their discussion. In evaluating the results of the study among patients with cognitive impairment who received a combined rehabilitation program, adherence to the program is reliably higher in the main group, both among elderly and middle-aged patients. Among elderly patients in the control and main groups, a reliable difference was established in 6 months between the number of patients who exercise regularly (p=0,028) and the true difference in the number of those who did not exercise proposed physical activity program (p=0,026). Also among middle-aged patients in the control and main groups, there is a reliable difference in the number of patients regularly taking drugs during cognitive rehabilitation of 6 months (p=0,001) and irregularly taking drugs for cognitive rehabilitation of 6 months (p=0,002).

Conclusions. The results of the study demonstrate the importance of correcting existing cognitive impairment in patients whose recommendations include combination therapies, while finding ways to increase adherence to therapy is important. In the course of identifying the reasons for reducing

adherence, a set of non-cognitive reasons has been established, which should be emphasized when prescribing combined treatment and rehabilitation regimens.

Key words: old age, commitment, cognitive impairment, algorithm of actions, combined rehabilitation programs.

Актуальность темы. Как известно, низкая приверженность пациентов рекомендованной терапии – одна из актуальных проблем в гериатрической помощи. Соблюдение предписанных рекомендаций относится как к линии медикаментозной терапии, так и к модификации образа жизни: отказу от курения, рациональности питания, занятий регулярной физической активностью и пр. [1]. При этом имеющиеся когнитивные нарушения у пациентов различной степени выраженности в еще большей степени могут ухудшать приверженность [2-5].

Пациенты пожилого возраста с когнитивными нарушениями склонны пропускать прием лекарственных препаратов в указанное время, не соблюдать назначенные дозировки препаратов, курс физической активности, что в свою очередь приводит к нарушению схемы лечения, а, соответственно, и к её неэффективности [3, 4]. Указанные факты в еще большей степени подтверждаются данными лонгитудинального исследования – The Swedish Alzheimer Treatment Study (SATS) Group, где 62,2% пациентов с болезнью Альцгеймера продолжали терапию до 24 месяцев, остальные прекратили её ранее по разнообразным причинам, среди которых: развитие нежелательных побочных эффектов, прерывание на 6 месяцах постоянного приема, утрата веры в себя и др. [7].

В связи с этим, **цель** нашего **исследования** – определить пути повышения приверженности комбинированной программе реабилитации среди пациентов с умеренными когнитивными нарушениями.

Материалы и методы. В исследование включено 203 пациента в возрасте от 45 до 75 лет (из них, 117 женщин, 86 мужчин) с умеренными когнитивными нарушениями, установленными нами при первичном обследовании по краткой шкале исследования когнитивного статуса (англ. Mini-mental state examination – MMSE; Folstein M et.al., 1975). Результаты тестирования по MMSE в диапазоне 27-24 балла. Исследование выполнено в амбулаторно-поликлинических условиях. Пациенты, включенные в исследование, подписали добровольное информированное согласие.

Критериями включения в исследование были следующие: возраст от 45 до 75 лет, оценка в диапазоне 27-24 балла по шкале MMSE и отсутствие установленной ранее деменции.

Критерии исключения: умеренное или выраженное нарушение функции опоры и ходьбы, постоянная форма фибрилляции предсердий, прием антикоагулянтов, сахарный диабет 1 или 2 типа, онкологические заболевания в стадии химио- и лучевой терапии, ИБС со стенокардией напряжения 3-4 функционального классов, ХСН 2Б-3 ст., наличие психического заболевания.

Пациенты, включенные в исследование, были распределены на 2 группы: основную и контрольную, с рандомизацией на подгруппы по возрастным характеристикам – пожилой (60-75 лет) и средний (45-60 лет) возраст. В контрольную группу включены пациенты в возрасте от 60 до 75 лет – 51 человек (средний возраст $66,67 \pm 0,94$) и пациенты в возрасте от 45 до 59 лет (средний возраст $52,17 \pm 0,48$) – 51 человек. В основную группу – пациенты в возрасте от 60 до 75 лет – 51 человек (средний возраст $67,19 \pm 0,72$) и пациенты среднего возраста в возрасте от 45 до 59 лет – 50 человек (средний возраст $52,79 \pm 1,01$). Гендерно-демографические особенности, а также данные первичного когнитивного обследования пациентов обеих групп представлены в таблице 1.

Таблица 1
 Гендерно-демографические особенности и данные первичного когнитивного обследования пациентов обеих групп

Показатель	Контрольная группа		Основная группа	
	Средний возраст (n=51)	Пожилой возраст (n=51)	Средний возраст (n=50)	Пожилой возраст (n=51)
Пол (женщины /мужчины), n (%)	30/21 (58,8/41,2)	29/22 (56,9/43,1)	31/19 (62/38)	27/24 (52,9/47,1)
Средний гендерный возраст (женщины/мужчины), годы	52,10±0,67/ 52,28±0,70	67,61±0,92/ 65,72±0,95	51,78±0,79/ 53,80±0,90	67,91±0,85/ 66,46±0,74
Краткая шкала оценки психического статуса, средний балл	26,37±0,10	26,25±0,12	26,40±0,11	26,25±0,13

Применяемая у пациентов терапия состояла из нескольких блоков. Основной блок в обеих группах включал комплексную медикаментозную терапию в сочетании с индивидуальным курсом физической активности. Медикаментозная терапия в обеих группах включала комбинацию нейротропных препаратов (этилметилгидроксипиридинасукцинат 375 мг в сутки (ООО «НПК «ФАРМАСОФТ»), гинкго двулопастного листьев экстракт 240 мг в сутки (ООО «КРКА-РУС»), цитиколин 500 мг в сутки (ЗАО «ФармФирма «Сотекс»)), а также антигипертензивные, гиполипидемические препараты, антиагреганты.

Индивидуальный курс двигательной активности для пациентов составлен в соответствии с Глобальными рекомендациями по физической активности (англ. WHO Global recommendation on physical activity for health) и национальным руководством по гериатрии Российской Федерации, куда вошли упражнения аэробного и анаэробного характера, в том числе упражнения на баланс для пациентов пожилого возраста [8,9]. Уровни физической активности рандомизированы по возрастным характеристикам пациентов с постепенным повышением длительности выполняемых упражнений в течение всего периода наблюдения: на старте программы – 150 минут в неделю аэробные упражнения и 30 минут в неделю – анаэробные упражнения под контролем инструктора по лечебной физкультуре с увеличением до 180 минут в неделю с 4-го месяца и далее аэробные упражнения и 45 минут в неделю – анаэробные.

Аэробные упражнения были представлены ходьбой по ровной местности с сохранением постоянного темпа и длины шага для формирования двигательного стереотипа. Анаэробные упражнения – гомологичные, гомолатеральные и гетеролатеральные движения конечностями с гантелями во время гимнастики в зале лечебной физкультуры под руководством инструктора по лечебной гимнастике. Данный тип упражнений способствует определению сагиттальной симметрии и вертикальной оси тела, различению верхней и нижней части и правой и левой половины тела.

Дополнительным блоком в определении приверженности комбинированной программе реабилитации послужил метод составления алгоритма действий как способ когнитивной реабилитации существующего когнитивного дефекта у пациентов основной группы. Алгоритм действий составлялся и отображался на отдельном бланке благодаря авторской электронной программе «Дневник пациента с когнитивными нарушениями» для персонального компьютера (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2019614243), куда вносились конкретные позиции действий пациента. Данный метод

применялся пациентами ежедневно, рассчитан как элемент-подсказка с компенсаторным механизмом для последовательного выполнения всех действий в обход существующего когнитивного дефекта с целью повышения приверженности реабилитационной программе.

Оценка приверженности реабилитационной программе, а также эффективность данной программы среди пациентов с умеренными когнитивными нарушениями проводилась на сроке 3 и 6 месяцев путем анкетирования пациентов на предмет следования рекомендациям, по краткой шкале исследования психического статуса.

Материалы данного исследования подвергнуты статистической обработке при помощи программы IBM SPSS Statistics v.23. Исследование достоверности полученных результатов проводился при помощи критерия Стьюдента. Результаты исследования считались достоверными при $p < 0,05$ (при 5% уровне значимости).

Результаты и их обсуждение. При анализе полученных результатов по приверженности на сроке реабилитации 3 и 6 месяцев установлено, что у пациентов пожилого возраста в контрольной и основной группах на сроке когнитивной реабилитации в 6 месяцев имеется достоверное различие между количеством пациентов, регулярно занимающихся физическими упражнениями ($p=0,028$). Также имеет место достоверное различие в числе тех, кто не занимался по предложенной программе реабилитации ($p=0,026$).

Среди пациентов среднего возраста в контрольной и основной группах показано достоверное различие в числе пациентов: регулярно принимающих лекарственные препараты в 6 месяцев ($p < 0,001$); нерегулярно принимающих лекарственные препараты в 6 месяцев ($p=0,002$); регулярно занимающихся физическими упражнениями в 3 ($p=0,042$) и 6 месяцев ($p < 0,001$); не занимающихся физическими упражнениями в 6 месяцев ($p < 0,001$).

Результаты распределения пациентов по степени приверженности комплексной медикаментозной терапии в сочетании с индивидуальным курсом физической активности представлены в таблице 2.

При этом основными причинами снижения приверженности комплексной линии медикаментозной терапии в сочетании с индивидуальным курсом физической активности или отказа от нее на сроке 3 месяца в пожилом возрасте являлись следующие: развитие нежелательных побочных реакций на фоне приема лекарственных препаратов – $7,69 \pm 7,39\%$, кратность приема лекарственных препаратов – $15,38 \pm 10,01\%$, стоимость лекарственных препаратов – $15,38 \pm 10,01\%$, забывчивость – $38,46 \pm 13,49\%$, нежелание выполнять комплекс физической активности – $7,69 \pm 7,39\%$, непонимание цели программы – $15,38 \pm 10,01\%$.

Таблица 2

Распределение пациентов по степени приверженности комплексной медикаментозной терапии в сочетании с индивидуальным курсом физической активности

Группы пациентов		Контрольная группа				Основная группа			
		Пожилкой возраст		Средний возраст		Пожилкой возраст		Средний возраст	
Этапы		3 мес.	6 мес.	3 мес.	6 мес.	3 мес.	6 мес.	3 мес.	6 мес.
Принимали лекарственные препараты	регулярно	49	37	47	24*	49	43	47	43**
	нерегулярно	2	10	4	16	0	5	1	3**
	не принимали	0	4	0	11	2	3	2	4
Занимались физической нагрузкой	регулярно	45	36	41	24*	48	45**	47**	41**
	нерегулярно	3	6	4	12	2	4	2	7
	не занимались	3	9	6	15	1	2**	1	2**

* $p < 0,05$ внутри одной группы (пациенты пожилого и среднего возраста на одинаковом сроке реабилитационной программы)

** $p < 0,05$ между группами (пациенты одного возраста на одинаковом сроке реабилитационной программы)

Основные причины снижения приверженности на сроке 6 месяцев среди пациентов пожилого возраста обеих групп: развитие нежелательных побочных реакций на фоне приема лекарственных препаратов – 2,33±2,30%, кратность приема лекарственных препаратов – 23,26±6,44%, стоимость лекарственных препаратов – 9,30±4,43%, забывчивость – 23,26±6,44%, нежелание выполнять комплекс физической активности – 23,26±6,44%, непонимание цели программы – 18,60±5,93%.

В ходе контрольного анкетирования пациентов среднего возраста обеих групп основными причинами снижения приверженности комплексной медикаментозной терапии в сочетании с индивидуальным курсом физической активности или отказа от нее на сроке 3 месяца являлись следующие: развитие нежелательных побочных реакций на фоне приема лекарственных препаратов – 5,00±4,87%, кратность приема лекарственных препаратов – 15,00±7,98%, стоимость лекарственных препаратов – 10,00±6,71%, забывчивость –

45,00±11,12%, нежелание выполнять комплекс физической активности – 15,00±7,98%, непонимание цели программы – 10,00±6,71%.

Основные причины снижения приверженности на сроке 6 месяцев среди пациентов среднего возраста: развитие нежелательных побочных реакций на фоне приема лекарственных препаратов – 1,25±1,24%, кратность приема лекарственных препаратов – 18,75±4,36%, стоимость лекарственных препаратов – 11,25±3,53%, забывчивость – 23,75±4,76%, нежелание выполнять комплекс физической активности – 17,50±4,25%, непонимание цели программы – 27,50±4,99%.

Так же при анкетировании пациентов показано: среди пациентов среднего возраста обеих групп имеется достоверное уменьшение процентного соотношения по такой причине снижения приверженности, как «забывчивость» и повышение процентного соотношения в отношении «непонимания цели программы» (при $p < 0,05$). Распределение причин снижения приверженности представлено в таблице 3.

Таблица 3

Распределение причин снижения приверженности (на 100 обследованных, $M \pm m$)

Причины снижения приверженности	Пожилкой возраст		Средний возраст	
	3 месяца (n=13)	6 месяцев (n=43)	3 месяца (n=20)	6 месяцев (n=80)
Кратность приема лекарственного препарата	15,38±10,01	23,26±6,44	15,00±7,98	18,75±4,36
Забывчивость	38,46±13,49	23,26±6,44	45,00±11,12	23,75±4,76*
Стоимость лекарственных препаратов	15,38±10,01	9,30±4,43	10,00±6,71	11,25±3,53
Нежелательные побочные реакции	7,69±7,39	2,33±2,30	5,00±4,87	1,25±1,24
Нежелание выполнять комплекс регулярной физической активности	7,69±7,39	23,26±6,44	15,00±7,98	17,50±4,25
Непонимание цели программы	15,38±10,01	18,60±5,93	10,00±6,71	27,50±4,99*

* $p < 0,05$ внутри группы

Установленные при анкетировании пациентов данные свидетельствуют о наличии дополнительных скрытых причин по снижению приверженности в отношении

комбинированных программ реабилитации, что должно учитываться на начальном этапе реабилитации пациентов с когнитивными нарушениями.

Таким образом, среди пациентов с когнитивными нарушениями, получавших комбинированную программу реабилитации, приверженность программе достоверно была выше в основной группе, как среди пациентов пожилого, так и среднего возраста. Так, среди пациентов пожилого возраста в контрольной и основной группах в 6 месяцев установлено достоверное различие между количеством пациентов, регулярно занимающихся физическими упражнениями ($p=0,028$) и достоверное различие в числе тех, кто не занимался по предложенной программе физической активности ($p=0,026$). К тому же среди пациентов среднего возраста в контрольной и основной группах имеется достоверное различие в числе пациентов регулярно принимающих лекарственные препараты на сроке когнитивной реабилитации в 6 месяцев ($p<0,001$) и нерегулярно принимающих лекарственные препараты на сроке когнитивной реабилитации в 6 месяцев ($p=0,002$).

Обсуждение. Развитие медицины и значительный прогресс в области фармакологии привели к тому, что современный пациент все в меньшей степени справляется с рекомендациями по лечению заболевания, которые ему предписаны врачом. Так, согласно данным исследования ЭПОХА–АГ, только 26,5 % пациентов с артериальной гипертензией привержены предписанной терапии. Остальные же 76,5 % либо вовсе не принимают лекарственные препараты (58,5 % мужчин и 37,5 % женщин), либо принимают их «курсами» (8,6 и 11,2 %), либо только при повышенных цифрах артериального давления (14,9 и 24 % соответственно) [10]. Основными причинами снижения приверженности терапии у пациентов с хроническими заболеваниями являются боязнь побочных эффектов от лекарственных препаратов и забывчивость [11]. Однако в последнее время в системе здравоохранения появляются инструменты, способные повысить приверженность терапии: когнитивная реабилитация пациентов на основе цифровых технологий достоверно улучшает приверженность комбинированным программам реабилитации пациентов с умеренными когнитивными нарушениями.

Выводы. Полученные данные исследования демонстрируют важность коррекции имеющих умеренных когнитивных нарушений у пациентов, в рекомендациях которых имеются комбинированные методы терапии, при этом важен поиск путей повышения приверженности терапии. Повышение приверженности комбинированным программам возможно за счет применения когнитивной реабилитации на основе цифровых технологий:

показано достоверное увеличение пациентов, регулярно принимающих лекарственные препараты в 6 месяцев ($p < 0,001$) и регулярно занимающихся физическими упражнениями в 3 ($p = 0,042$) и 6 месяцев ($p < 0,001$).

В ходе выявления причин по снижению приверженности установлен комплекс причин некогнитивного характера, прежде всего нежелание выполнять комплекс физической активности и непонимание цели программы, на которые необходимо делать акцент при назначении комбинированных схем терапии и реабилитации.

Список литературы

1. Новикова И. А., Попов В. В. COMPLAINTS AND QUALITY OF LIFE OF PSYCHOSOMATIC PATIENTS. Медицинская психология в России: электронный научный журнал. 2015; 6 (35) [Электронный ресурс]. - http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2015_6_35/nomer08.php [Доступно на 11.07.2019].
2. Дробижев М. Ю., Макух Е. А., Дзантиева А. И. Когнитивные расстройства в общей медицине. Лечащий врач. 2007; 8: 33-35.
3. Боголепова А. Н., Смирнова М. Ю., Семушкина Е. Г., Гусев Е.И. Депрессия и цереброваскулярная патология. Доктор.Ру. 2010; 4(55): 7-11.
4. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Старческая астения (FRAILTY) как концепция современной геронтологии. Геронтология. 2013; 1(1): 5-16.
5. Аведисова А. С. Проблемы длительной терапии хронических заболеваний: комплаенс – отказ от терапии – мотивация к лечению. Эффективная фармакотерапия. 2012; 48: 64–69.
6. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях / Е.И. Гусев, А.Н. Боголепова. – М.: МЕДпресс-информ, 2013; 160.
7. Minthon L., Wallin K., Eriksson S. et al. Long-term rivastigmine treatment in a routine clinical setting. ActaNeurol. Scand. 2009; 119: 180-185.
8. WHO Global recommendations on physical activity for health. 2010. Available at: <https://www.gnicpm.ru/UserFiles/Rekomendacii%20voz.pdf>.
9. Гериатрия: национальное руководство / под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018; 608.

10. Агеев Ф. Т., Фомин И. В., Мареев Ю. В. и др. Распространенность артериальной гипертензии в Европейской части Российской Федерации. Данные исследования ЭПОХА, 2003 г. Кардиология. 2004; 44(11): 50-53.

11. Агеев Ф. Т., Фофанова Т. В., Дробижев М. Б. и др. Свободная или фиксированная комбинация эналаприла и гидрохлортиазида в реальной амбулаторной практике: что лучше для больного АГ? Сравнение эффективности и приверженности к лечению. Кардиология. 2008; 48 (5): 10-15.

References

1. Novikova I. A., Popov V. V. Komplientnost' i kachestvo zhizni psihosomaticheskikh bol'nyh [The consistency and quality of life of psychosomatic patients]. Medicinskaya psihologiya v Rossii: ehlektron. nauch. Zhurn [Medical Psychology in Russia: Electronic Scientific Journal]. 2015; 6 (35) [Ehlektronnyj resurs] (In Russian).

2. Drobizhev M. YU., Makuh E. A., Dzantieva A. I. Kognitivnye rasstrojstva v obshchej medicine [Cognitive disorders in general medicine]. Lechashchij vrach [Doctor]. 2007; 8: 33-35 (In Russian).

3. Bogolepova A. N., Smirnova M. YU., Semushkina E. G., Gusev E. I. Depressiya i cerebrovaskulyarnaya patologiya [Depression and cerebrovascular pathology]. Doktor.Ru [Doctor.Ru.]. 2010; 4 (55): 7-11 (In Russian).

4. Il'nickij A.N., Proshchaev K.I. Starcheskaya asteniya (FRAILITY) kak koncepciya sovremennoj gerontologii [FRAILITY as the concept of modern gerontology]. Gerontologiya [Gerontology]. 2013; 1(1): 5-16 (In Russian).

5. Avedisova A. S. Problemy dlitel'noj terapii hronicheskikh zabolevanij: kompliens – otkaz ot terapii – motivaciya k lecheniyu [Problems of long-term treatment of chronic diseases: compliance - refusal of therapy - motivation to treat]. Ehffektivnaya farmakoterapiya [Effective pharmacotherapy]. 2012; 48: 64–69 (In Russian).

6. Kognitivnye narusheniya pri cerebrovaskulyarnyh zabolevaniyah [Cognitive impairment in cerebrovascular disease] / E. I. Gusev, A. N. Bogolepova. – M.: MEDpress-inform [MEDpress-Inform], 2013; 160. (In Russian).

7. Minthon L., Wallin K., Eriksson S., Wattmo C., Andreasen N. Long-term rivastigmine treatment in a routine clinical setting. ActaNeurol. Scand. 2009; 119: 180-185.

8. WHO Global recommendations on physical activity for health. 2010. Available at: <https://www.gnicpm.ru/UserFiles/Rekomendacii%20voz.pdf>.

9. Geriatriya: nacional'noe rukovodstvo [Geriatrics: National Leadership] / pod red. O.N. Tkachevoj, E.V. Frolovoj, N.N. Yahno. – M.: GEOTAR-Media [GEOTAR-Media], 2018; 608. (In Russian).

10. Ageev F. T., Fomin I. V., Mareev YU. V. i dr. Rasprostranennost' arterial'noj gipertonii v Evropejskoj chasti Rossijskoj Federacii. Dannye issledovaniya EPOHA, 2003 g. [The prevalence of arterial hypertension in the European part of the Russian Federation. EPHO study data, 2003.]. Kardiologiya [Cardiology]. 2004; 44(11): 50-53. (In Russian).

11. Ageev F. T., Fofanova T. V., Drobizhev M. B. i dr. Svobodnaya ili fiksirovannaya kombinaciya enalapрила i gidrohlortiazida v real'noj ambulatornoj praktike: chto luchshe dlya bol'nogo AG? Sravnenie effektivnosti i priverzhennosti k lecheniyu [Free or fixed combination of enalapril and hydrochlorothiazide in real ambulatory practice: what is better for a patient with hypertension? Comparison of efficacy and treatment adherence]. Kardiologiya [Cardiology]. 2008; 48 (5): 10-15. (In Russian).

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Авдеева Ирина Владимировна – ассистент кафедры нервных болезней и восстановительной медицины Медицинского института ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308015, Россия, г. Белгород, ул. Победы, 85, e-mail: irinaavdeeva91@mail.ru, ORCID 0000-0002-4837-8972, SPIN-код – 6388-7641.

Прощаев Кирилл Иванович – профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой паллиативной помощи и долговременного ухода Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, 125371, Россия, г. Москва, Волоколамское шоссе, д. 91, e-mail: prashchayeu@mail.ru, ORCID 0000-0002-6534-1362, SPIN-код – 3997-0381.

Губарев Юрий Дмитриевич – доцент, кандидат медицинских наук, доцент кафедры нервных болезней и восстановительной медицины Медицинского института ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308015, Россия, г. Белгород, ул. Победы, 85, e-mail: gubarev@bsu.edu.ru, ORCID 0000-0001-9628-7138, SPIN-код – 8001-5354.

Фесенко Эльвира Витальевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры паллиативной помощи и долговременного ухода Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, 125371, Россия, г. Москва, Волоколамское шоссе, д. 91, e-mail: longtermcare.fmba@gmail.com, ORCID 0000-0003-2187-5060, SPIN-код – 8131-1586.

Лысых Екатерина Алексеевна – ассистент кафедры нервных болезней и восстановительной медицины Медицинского института ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308015, Россия, г. Белгород, ул. Победы, 85, e-mail: lysykh_e@bsu.edu.ru, ORCID 0000-0002-9218-514X, SPIN-код – 5017-6706.

Information about authors

Avdeeva Irina Vladimirovna – Assistant to Department of nervous diseases and restorative Medicine the Medical Institute Belgorod State University, 308015, Russia, Belgorod, Pobeda St., 85, e-mail: irinaavdeeva91@mail.ru, ORCID 0000-0002-4837-8972, SPIN-код – 6388-7641.

Proshchayeu Kirill Ivanovich – Professor, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of palliative care and long-term care Academy of postgraduate education under FSBU FSCC of FMBA of Russia, 125371, Russia, Moscow, Volokolamskoe highway, 91, e-mail: prashchayeu@mail.ru, ORCID 0000-0002-6534-1362, SPIN-код – 3997-0381.

Gubarev Yuriy Dmitrievich – Associate Professor, PhD in Medical sciences, associate professor of the Department of nervous diseases and restorative Medicine of the Medical Institute Belgorod State University, 308015, Russia, Belgorod, Pobeda St., 85, e-mail: gubarev@bsu.edu.ru, ORCID 0000-0001-9628-7138, SPIN-код – 8001-5354.

Fesenko Elvira Vitalievna - PhD in Medical sciences, associate professor of the Department of palliative care and long-term care Academy of postgraduate education under FSBU FSCC of FMBA of Russia, 125371, Russia, Moscow, Volokolamskoe highway, 91, e-mail: longtermcare.fmba@gmail.com, ORCID 0000-0003-2187-5060, SPIN-код – 8131-1586.

Lysykh Ekaterina Alexeevna – Assistant to Department of nervous diseases and restorative Medicine of the Medical Institute Belgorod State University, 308015, Russia, Belgorod, Pobeda St., 85, e-mail: lysykh_e@bsu.edu.ru, ORCID 0000-0002-9218-514X, SPIN-код – 5017-6706.

Статья получена: 21.11.2019 г.
Принята к публикации: 03.02.2020 г.