

Агарков Н. М.^{1,2}, Охотников О. И.³, Корнеева С. И.³, Москалёва Е. О.²,
Москалёв А. А.², Коломиец В. И.³, Маркелова А. М.³, Маркелова Е. А.⁴

¹ ФГБОУ ВО «Юго-Западный государственный университет» Министерства образования и науки России, Курск, Россия

² ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»
Министерства образования и науки России Белгород, Россия

³ ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск, Россия

⁴ ФГБУ «Информационно-методический центр по экспертизе, учету
и анализу средств медицинского применения» Минздрава России, Курск, Россия

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТИНУУМ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ, НА ФОНЕ ХРОНОТЕРАПИИ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИЕЙ АМЛОДИПИНА, ЛИЗИНОПРИЛА И РОЗУВАСТАТИНА

Цель	Изучить психологический континуум у пожилых пациентов, страдающих артериальной гипертензией при метаболическом синдроме, на фоне хронотерапии фиксированной комбинации (ФК) амлодипина, лизиноприла и розувастатина.
Материал и методы	В клинических условиях 63 пациентам в возрасте 60–74 лет, страдающим артериальной гипертензией при метаболическом синдроме, составившим основную группу, проведена хронотерапия ФК амлодипина, лизиноприла и розувастатина в дозе 5/10/10 мг/сут, в вечернее время. Контрольная группа (58 пациентов в возрасте 60–74 лет, страдающих артериальной гипертензией при метаболическом синдроме) получала ФК амлодипина, лизиноприла и розувастатина в утренние часы в той же дозировке 5/10/10 мг/сут.
Результаты	Показано, что степень выраженности названных отклонений психологического континуума достоверно ниже через 1 год под воздействием антигипертензивной ФК амлодипина, лизиноприла и розувастатина в режиме хронотерапии (вечерний прием), чем при традиционном применении (утренний прием) при эквивалентной дозировке 5/10/10 мг/сут в обоих случаях. Динамика когнитивных нарушений при хронотерапевтическом подходе у больных в возрасте 60–74 лет, страдающих артериальной гипертензией при метаболическом синдроме, характеризуется достоверным повышением средней оценки по шкале Mini-Mental-State-Examination с исходных 17,8±0,3 балла до 23,5±0,4 балла при вечернем приеме (p<0,001) против повышения с 16,9±0,3 балла до 20,4±0,4 балла (p<0,001) при утреннем приеме препарата. Ситуативная тревожность снизилась с 40,0±2,2 до 30,6±1,8 балла (p<0,05) и с 40,8±2,5 до 33,5±1,9 балла (p<0,05), личностная тревожность – с 48,8±2,0 до 26,4±1,9 балла (p<0,001) и с 44,9±1,9 до 30,7±1,7 балла (p<0,01) при вечернем и утреннем приемах соответственно. Депрессивные нарушения уменьшились незначительно при хронотерапии (14,1%) против 7,7% по сравнению с таковыми при традиционной схеме, но несмотря на это в обеих группах соответствовали расстройствам депрессивного спектра.
Заключение	Полученные результаты свидетельствуют о большей эффективности хронотерапевтического, чем традиционного применения ФК амлодипина, лизиноприла и розувастатина при артериальной гипертензии с метаболическим синдромом.
Ключевые слова	Психологический континуум; артериальная гипертензия; метаболический синдром; фиксированная комбинация амлодипина, лизиноприла и розувастатина; пожилой возраст; хронотерапия
Для цитирования	Agarkov N.M., Okhotnikov O.I., Korneeva S.I., Moskaleva E.O., Moskaev A.A., Kolomiets V.I. et al. Psychological Continuum of Elderly Patients Suffering From Arterial Hypertension With Metabolic Syndrome, Against the Background of Chronotherapy With a Fixed Combination of Amlodipine, Lisinopril and Rosuvastatin. Kardiologiia. 2021;61(3):36–41. [Russian: Агарков Н.М., Охотников О.И., Корнеева С.И., Москалёва Е.О., Москалёв А.А., Коломиец В.И. и др. Психологический континуум пожилых пациентов, страдающих артериальной гипертензией при метаболическом синдроме, на фоне хронотерапии фиксированной комбинацией амлодипина, лизиноприла и розувастатина. Кардиология. 2021;61(3):36–41].
Автор для переписки	Агарков Николай Михайлович. E-mail: vitalaxen@mail.ru

Введение

Сочетание артериальной гипертензии (АГ) и метаболического синдрома (МС) рассматривается исследователями как ведущий фактор риска сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний и осложнений, особенно у пациентов пожилого возраста [1, 2]. У пациентов, страдающих АГ при МС, риск развития сердечно-сосудистых осложнений возрастает в 2–3 раза, а риск сахарного диабета и смерти от всех причин – в 5 раз по сравнению с больными без МС [3].

АГ в большинстве стран встречается у 50–60% пожилых людей [4], а в нашей стране в названной возрастной когорте достигает 75–80% [1]. Среди населения в связи с повышением возраста увеличивается распространенность МС. Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что частота МС увеличивается постепенно по мере старения организма, резко возрастая у лиц старше 50 лет, и достигает максимального значения в 60–69 лет [1, 4].

АГ при МС среди пожилого населения индустриальных стран встречается в настоящее время от 44,9% в Японии [5] до 50,9% в Испании [6]. АГ при МС у больных пожилого и старческого возраста протекает тяжелее, с более выраженными нарушениями углеводного обмена и поражением системы кровоснабжения [7]. У пациентов в возрасте 60–74 лет с АГ в сочетании с МС часто диагностируются тревожно-депрессивные расстройства [8, 9]. АГ при МС оказывает существенное влияние на формирование у пожилых людей когнитивных нарушений, которые, наряду с тревожно-депрессивными расстройствами, редко анализируются на фоне реализуемого антигипертензивного лечения. Известно о влиянии лекарственных препаратов с антихолинергической нагрузкой на когнитивные функции у пациентов в возрасте 80 лет и старше с эссенциальной АГ [10]. Однако оценка влияния других групп антигипертензивных средств, в том числе фиксированной комбинации (ФК) амлодипина, лизиноприла и розувастатина (препарат эквамер) при традиционном (утреннем) приеме, у пациентов, страдающих АГ при МС, на психологический домен не нашла отражения в научных публикациях. Не сообщается также о динамике психического статуса пожилых пациентов, страдающих АГ при МС, при использовании вышеуказанной ФК в режиме хронотерапии (вечернем приеме препарата).

Цель

Изучить психологический континуум у пожилых пациентов, страдающих АГ при МС, на фоне хронотерапии ФК амлодипина, лизиноприла и розувастатина.

Материал и методы

В клинических условиях 63 пациентам в возрасте 60–74 лет, страдающим АГ при МС, составившим основную группу, проведена хронотерапия ФК, содержащей амло-

дипин, лизиноприл и розувастатин (препарат эквамер) в дозе 5/10/10 мг, в вечернее время (20.00). Контрольная группа из пациентов в возрасте 60–74 лет, страдающих АГ при МС, получала ФК амлодипина, лизиноприла и розувастатина в утренние часы (традиционная терапия) в той же дозировке 5/10/10 мг. Пациенты обеих групп были сопоставимы по основным клинико-демографическим показателям (табл. 1).

При диагностике МС учитывались критерии, изложенные в «Рекомендациях экспертов Всероссийского научного общества кардиологов по диагностике и лечению метаболического синдрома» 2-го пересмотра [11]. Основным критерием диагностики МС являлся центральный (абдоминальный) тип ожирения – окружность талии более 80 см у женщин и более 94 см у мужчин [11]. Дополнительными критериями МС выступали: АГ (АД > 130/85 мм рт. ст.); повышение уровня триглицеридов (> 1,7 ммоль/л); снижение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) (< 1,0 ммоль/л у мужчин и < 1,2 ммоль/л у женщин); повышение уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) (> 3,0 ммоль/л); гипергликемия натощак (глюкоза в плазме крови натощак > 6,1 ммоль/л); нарушение толерантности к глюкозе (глюкоза в плазме крови через 2 ч после нагрузки глюкозой в пределах > 7,8 и < 11,1 ммоль/л).

Наличие у пациента центрального ожирения и двух дополнительных критериев являлось основанием для диагностирования у него МС [11].

Диагностика АГ основывалась на «Национальных рекомендациях Всероссийского научного общества кардиологов по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии» 4-го пересмотра [12].

Критерии исключения: возраст < 45 и > 74 лет; наличие сахарного диабета 2-го типа, АГ III–IV степени; деменция, психическое заболевание и недееспособность, почечная и печеночная недостаточность, злокачественное

Таблица 1. Основные клинико-демографические показатели больных обеих групп до начала терапии

Показатель	Контрольная группа	Основная группа
Возраст, годы	70,2±2,2	69,4±2,4
ИМТ, кг/м ²	31,9±1,1	30,2±1,3
Мужчины/женщины	28/30	28/35
Длительность АГ, годы	10,6±2,5	9,8±2,7
1-я степень АГ, %	38,6	36,5
2-я степень АГ, %	61,4	63,5
Офисное САД, мм рт. ст.	163,8±3,8	162,8±3,7
Офисное ДАД, мм рт. ст.	98,7±1,8	100,9±1,7
ЧСС, уд./мин	76,0±1,0	77,6±1,1

ИМТ – индекс массы тела; АГ – артериальная гипертензия; САД – систолическое артериальное давление; ДАД – диастолическое артериальное давление; ЧСС – частота сердечных сокращений.

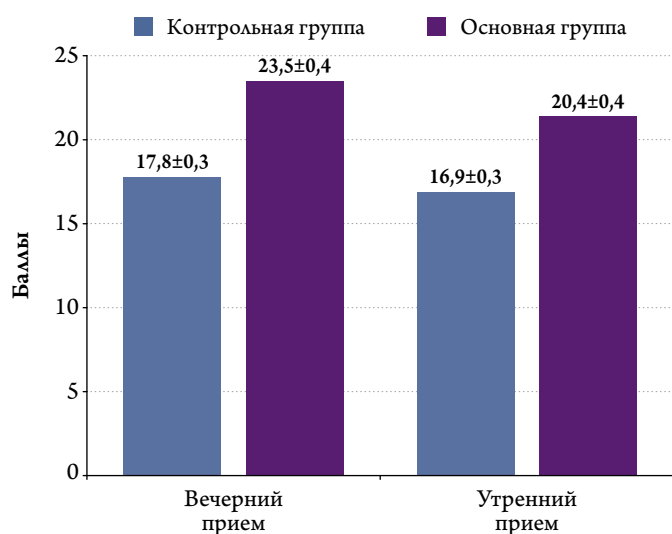
новообразование; наличие за последние полгода перенесенного острого ИМ, аортокоронарного шунтирования, чрескожного коронарного вмешательства, острого нарушения мозгового кровообращения, острого воспалительного процесса; наличие когнитивных нарушений тяжелой степени, синдрома старческой астении.

Изучение когнитивных нарушений проводилось до начала и через 1 год после лечения по шкале Mini-Mental-State-Examination (MMSE) [13]. Градация степени выраженности когнитивных дисфункций выполнялась по следующей шкале: 0–10 баллов – тяжелые нарушения, 11–19 баллов – нарушения умеренной степени, 20–23 балла – нарушения легкой степени, 24–27 баллов – отсутствие когнитивных нарушений [13].

Ситуативная и личностная тревожность оценивалась по опроснику Спилбергера–Ханина (С–Х) [14]. Уровень ситуативной и личностной тревожности определялся в зависимости от величины суммы баллов: 20–35 баллов – низкий уровень, 36–50 – средний, 51–60 – повышенный, 61–70 – выраженный, 71–80 баллов – высокий. Депрессивное состояние пациентов исследовалось по шкале Center for Epidemiologic Studies–Depression (CES–D) [15]. По количеству набранных пациентами баллов выделялись: отсутствие депрессии – до 18 баллов, расстройства депрессивного спектра – от 18 до 24 баллов и депрессивное состояние – свыше 24 баллов.

Исследование осуществлялось в соответствии с принципами Хельсинкской Декларации и стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) [16].

Рисунок 1. Динамика когнитивных нарушений (согласно средней оценке) по шкале MMSE при вечернем приеме ФК амлодипина, лизиноприла и розувастатина и утреннем у больных пожилого возраста, страдающих АГ при МС ($M \pm m$)



ФК – фиксированная комбинация; АГ – артериальная гипертензия; МС – метаболический синдром.

При обработке полученных данных использовались программа «Statistica 10.0» и непараметрический критерий Т-Уайта.

Данные представлены в виде среднеарифметических величин и их ошибок. Различия считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

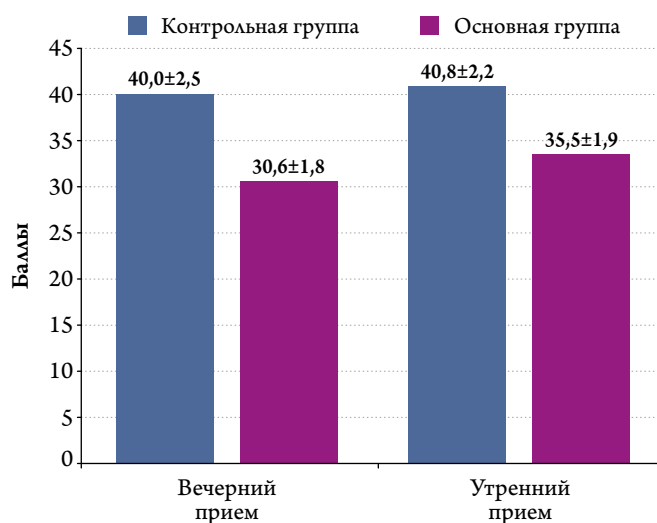
Результаты

Когнитивные нарушения по среднеарифметическому баллу шкалы MMSE у больных обеих групп на начальном этапе наблюдения соответствовали умеренной степени выраженности (рис. 1).

Хронотерапия ФК амлодипина, лизиноприла и розувастатина в течение 12 мес позволила достоверно уменьшить когнитивный дефицит у включенных в исследование пациентов, независимо от способа применения ФК амлодипина, лизиноприла и розувастатина, но более существенно – в основной группе. Когнитивные нарушения по шкале MMSE отсутствовали после вечернего приема ФК амлодипина, лизиноприла и розувастатина у $12,3 \pm 4,1\%$ больных основной группы и $7,5 \pm 4,3\%$ больных контрольной группы при традиционном лечении ($p > 0,05$). Однако улучшение когнитивных функций после лечения пожилых пациентов, страдающих АГ при МС, достоверно выше в основной группе ($32,4 \pm 3,2\%$ против $20,7 \pm 5,3\%$ в контрольной группе; $p < 0,05$).

Хронотерапия с применением ФК амлодипина, лизиноприла и розувастатина достоверно уменьшила ситуативную тревожность у больных обеих групп (рис. 2), и изначально средний ее уровень после лечения сменил

Рисунок 2. Динамика ситуативной тревожности при вечернем приеме ФК амлодипина, лизиноприла и розувастатина и утреннем у больных пожилого возраста, страдающих АГ при МС, по опроснику С–Х ($M \pm m$)



ФК – фиксированная комбинация; АГ – артериальная гипертензия; МС – метаболический синдром; С–Х – опросник Спилбергера–Ханина.

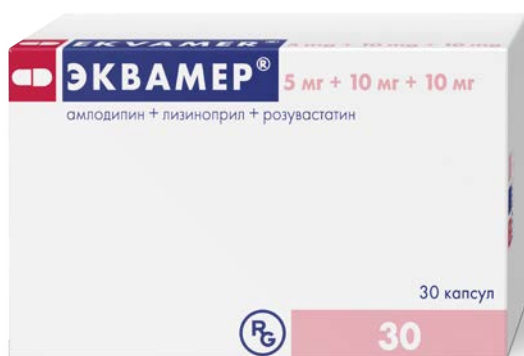
ЭКВАМЕР®

АМЛОДИПИН | ЛИЗИНОПРИЛ | РОЗУВАСТАТИН

1 капсула 1 раз в день

**УВЕРЕННОСТЬ ВРАЧА,
УДОБСТВО ПАЦИЕНТА!**

Эквaмер® – фиксированная комбинация с розувастатином для комплексной терапии пациентов с артериальной гипертонией и дислипидемией^{1,2}



 **5 + 10 + 10 мг №30**

 **5 + 10 + 20 мг №30**

 **10 + 20 + 10 мг №30**

 **10 + 20 + 20 мг №30**

ВЕСОМЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА

- ◆ Суточный контроль артериального давления и холестерина²⁻⁴
- ◆ Благоприятный профиль безопасности⁴
- ◆ Увеличение приверженности к терапии благодаря однократному приему⁵

АГ – артериальная гипертензия; ДЛП – дислипидемия; ТИА – транзиторная ишемическая атака; ИБС – ишемическая болезнь сердца; СД – сахарный диабет; МС – метаболический синдром; ХС-ЛПНП – холестерин липопротеинов низкой плотности; ОХС – общий холестерин

1. <http://grls.rosminzdrav.ru/GRLS>, дата доступа 23.05.2020

2. Инструкция по медицинскому применению препарата Эквaмер®, Рег. номер: ЛП-003094 от 07.05.2020

3. Карпов Ю.А. Кардиология. 2015; 55(9): 10-15.

4. Карпов Ю.А. ПМЖ. 2015; 27: 1581-83.

5. Mancia G.et.al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension.

ООО «ГЕДЕОН РИХТЕР ФАРМА»

Россия, 119049, Москва, 4-й Добрынинский пер., д.8
Тел.: +7(495) 987-18-80, e-mail: GRFarma@g-richter.ru

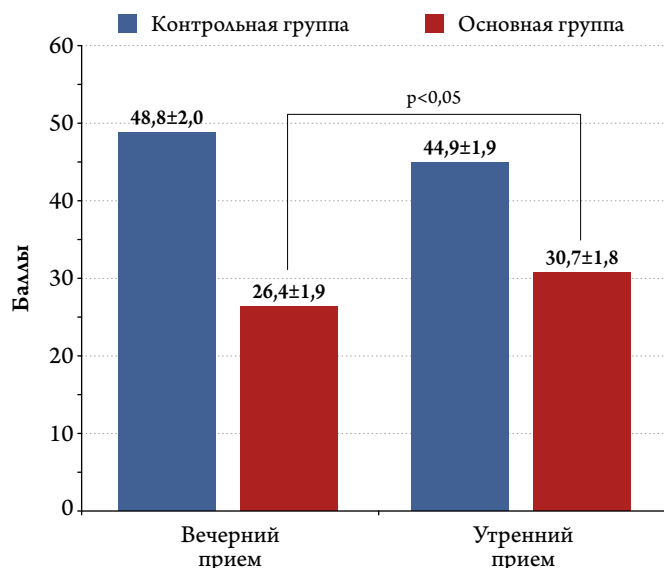
Для медицинских и фармацевтических работников.



ГЕДЕОН РИХТЕР

На правах рекламы

Рисунок 3. Динамика личностной тревожности при вечернем и утреннем приеме ФК амлодипина, лизиноприла и розувастатина у больных пожилого возраста, страдающих МС с АГ, по опроснику С-Х ($M \pm m$)



ФК – фиксированная комбинация; АГ – артериальная гипертензия; МС – метаболический синдром; С-Х – опросник Спилбергера-Ханина.

ся на низкий. Однако использованные варианты лечения ФК амлодипина, лизиноприла и розувастатина не оказали статистически значимого влияния на показатели ситуативной тревожности в сравниваемых группах.

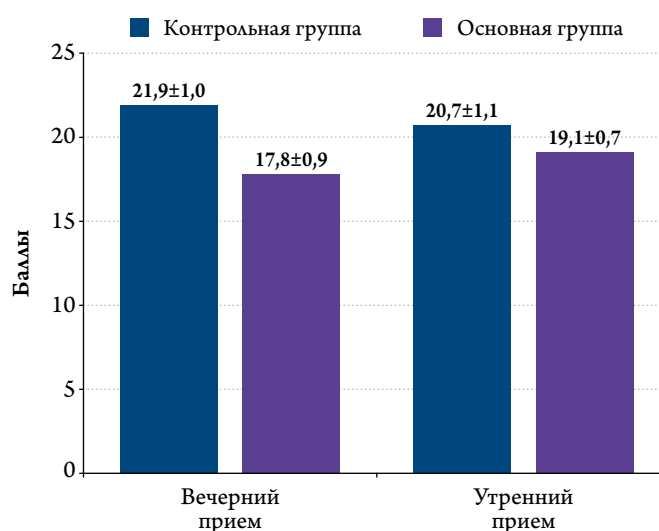
О позитивном влиянии хронотерапии ФК амлодипина, лизиноприла и розувастатина у пожилых больных с АГ при МС свидетельствуют также показатели личностной тревожности (рис.3), достоверное ($p < 0,05$) снижение которых произошло на момент завершения наблюдения.

На фоне хронотерапии с применением ФК амлодипина, лизиноприла и розувастатина существенно ($p < 0,05$) снизилась степень депрессивных нарушений по шкале CES-D у больных обеих групп, страдающих АГ при МС (рис.4). Однако независимо от способа применения лечение не привело к нормализации депрессивного статуса. Последний как в начале лечения, так и на момент завершения наблюдения в обеих группах расценивался как расстройство депрессивного спектра.

Обсуждение

О влиянии ФК амлодипина, лизиноприла и розувастатина на изменение когнитивных функций у пожилых пациентов, равно как и пациентов другого возраста, страдающих АГ при МС, в научных публикациях не сообщается. При анализе литературы не выявлено также информации о влиянии этой ФК у пациентов с изолированной АГ. Известно лишь о том, что после 6 мес лечения свободной комбинацией розувастатина с нимодипином у 60 наблю-

Рисунок 4. Динамика депрессивных нарушений по шкале CES-D при вечернем и утреннем приеме ФК амлодипина, лизиноприла и розувастатина у больных пожилого возраста, страдающих АГ при МС ($M \pm m$)



ФК – фиксированная комбинация; АГ – артериальная гипертензия; МС – метаболический синдром.

давшихся пациентов с сердечно-сосудистой патологией и с умеренными когнитивными нарушениями, вызванными поражением мелких сосудов головного мозга, отмечалось улучшение когнитивного статуса, и более существенное ($p < 0,05$), чем в контрольной группе пациентов ($n = 60$), не получавших розувастатин, а принимавших только нимодипин [17]. Авторами сделан вывод о том, что комбинация розувастатина и нимодипина является безопасной и эффективной при лечении когнитивных нарушений у пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями.

О.Д. Остроумова и соавт. [10], анализируя когнитивные функции у пациентов 80 лет и старше, страдающих эссенциальной АГ, принимавших антихолинэргические лекарственные средства, в отличие от пациентов, не принимавших подобные препараты, выявили более выраженное снижение когнитивных функций по следующим шкалам: MMSE, узнаваемых картинок по Бостонскому тесту и по когнитивной субшкале ADAS-cog. Так, средний балл по шкале MMSE составил 21 и 22,5 балла ($p < 0,040$), по Бостонскому тесту – 27 и 30 баллов ($p < 0,014$) и по субшкале ADAS-cog – 16,7 и 12,7 балла ($p < 0,030$) у пациентов, страдающих эссенциальной АГ, принимавших и не принимавших антихолинэргические препараты, соответственно. По другим когнитивным шкалам наблюдалась тенденция в сторону когнитивного снижения, но результаты не достигли статистической значимости. При оценке уровня депрессии достоверных различий по шкале GDS-15 в сравниваемых группах выявлено не было.

Заключение

Применение у пожилых пациентов, страдающих артериальной гипертензией при метаболическом синдроме, фиксированной комбинации амлодипина, лизиноприла и розувастатина в режиме хронотерапии и по традиционной схеме, улучшает психологический континуум. Однако более существенное снижение когнитивного дефицита, личностной тревожности и депрессивных нарушений отмечается при хронотерапевтическом подходе. На динамику ситуативной тревожности фиксированная комбинация амлодипина, лизиноприла и розувастатина в обследованных группах больных артериальной гипертензией при ме-

таболическом синдроме не оказывает значимого влияния при обоих режимах дозирования. Поэтому проведение хронотерапии с использованием данной фиксированной комбинации у пациентов 60–74 лет, страдающих артериальной гипертензией, сочетанной с метаболическим синдромом, позволит в большей степени сохранить психологический домен и функциональную активность.

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов.

Статья поступила 10.01.21

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Sergeeva V.A., Rodionova A.Yu., Mikhailov A.A., Bobyleva T.A., Pat-senko M.B., Liferov R.A. Principles of antihypertensive therapy in metabolic syndrome. *Clinical Medicine*. 2013;91(6):4–8. [Russian: Сергеева В.А., Родионова А.Ю., Михайлов А.А., Бобылева Т.А., Пащенко М.Б., Лиферов Р.А. Принципы антигипертензивной терапии при метаболическом синдроме. *Клиническая медицина*. 2013;91(6):4–8]
2. Zheng J, Wang W-L. Risk factors of metabolic syndrome after liver transplantation. *Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International*. 2015;14(6):582–7. DOI: 10.1016/S1499-3872(15)60037-6
3. Ibrahim MS, Pang D, Randhawa G, Pappas Y. Risk models and scores for metabolic syndrome: systematic review protocol. *BMJ Open*. 2019;9(9):e027326. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-027326
4. Satubaldyeva A.D., Bazagazukuzu G., Nasurbekova D.K. Features of the course of essential arterial hypertension in the elderly and senile age. *Bulletin of the Almaty State Institute of Advanced Training of Doctors*. 2017;1:22–8. [Russian: Сатыбалдиева А.Д., Базаргазыщызы Г., Насырбекова Д.К. Особенности течения эссенциальной артериальной гипертензии у лиц пожилого и старческого возраста. *Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей*. 2017;1:22–8]
5. Toshima T, Yoshizumi T, Inokuchi S, Kosai-Fujimoto Y, Kurihara T, Yoshiya S et al. Risk factors for the metabolic syndrome components of hypertension, diabetes mellitus, and dyslipidemia after living donor liver transplantation. *HPB (Oxford)*. 2020;22(4):511–20. DOI: 10.1016/j.hpb.2019.08.008
6. Ascaso JF, Millán J, Mateo-Gallego R, Ruiz A, Suarez-Tembra M, Borrallo RM et al. Prevalence of metabolic syndrome and cardiovascular disease in a hypertriglyceridemic population. *European Journal of Internal Medicine*. 2011;22(2):177–81. DOI: 10.1016/j.ejim.2010.12.011
7. Rajabova G.H., Badritdinova M.N., Dzhumaev K.S. Metabolic Syndrome: Methods of Prevention and Treatment. *Biology and Integrative Medicine*. 2020;5(45):28–42. [Russian: Раджабова Г.Х., Бадритдинова М.Н., Джумаев К.Ш. Метаболический синдром: методы профилактики и лечения. *Биология и интегративная медицина*. 2020;5(45):28–42]
8. Dzherieva I.S., Volkova N.I., Rapoport S.I. Association between depression and metabolic syndrome. *Clinical Medicine*. 2015;93(1):62–5. [Russian: Джериева И.С., Волкова Н.И., Рапорт С.И. Ассоциация между депрессией и метаболическим синдромом. *Клиническая медицина*. 2015;93(1):62–5]
9. Michaylovskaya N.S., Litvinenko V.A., Melnik A.I. Relationship of the anxiety-depressive disorder with coronary heart disease, comorbid with metabolic syndrome. *Zaporozhye Medical Journal*. 2015;5:23–7. [Russian: Михайловская Н.С., Литвиненко В.А., Мельник А.И. Взаимосвязь тревожно-депрессивных расстройств с течением ишемической болезни сердца, коморбидной с метаболическим синдромом. *Запорожский медицинский журнал*. 2015;5:23–7]. DOI: 10.14739/2310-1210.2015.5.53743
10. Ostroumova O.D., Kulikova M.I., Sychev D.A., Golovina O.V., Chernyaeva M.S. The effect of anticholinergic medications on cognitive function of patients 80 years and older with essential hypertension. *Arterial Hypertension*. 2019;25(3):246–57. [Russian: Остроумова О.Д., Куликова М.И., Сычев Д.А., Головина О.В., Черняева М.С. Влияние лекарственных препаратов с антихолинергической активностью на когнитивные функции пациентов 80 лет и старше с эссенциальной артериальной гипертензией. *Артериальная гипертензия*. 2019;25(3):246–57]. DOI: 10.18705/1607-419X-2019-25-3-246-257
11. Recommendations of experts of the All-Russian Scientific Society of Cardiology on the diagnosis and treatment of metabolic syndrome (second revision). *Practical Medicine*. 2010;5(44):81–101. [Russian: Рекомендации экспертов Всероссийского научного общества кардиологов по диагностике и лечению метаболического синдрома (второй пересмотр). *Практическая медицина*. 2010;5(44):81–101]
12. Chazova I.E., Ratova L.G., Boytsov S.A., Nebieridze D.V., Kar-pov Yu.A., Belousov Yu.B. et al. Diagnosis and treatment of arterial hypertension (Recommendations of the Russian Medical Society on Arterial Hypertension and the All-Russian Scientific Society of Cardiology). *Systemic Hypertensions*. 2010;3:5–26. [Russian: Чазова И.Е., Ратова Л.Г., Бойцов С.А., Небиридзе Д.В., Карпов Ю.А., Белоусов Ю.Б. и др. Диагностика и лечение артериальной гипертензии (Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов). *Системные гипертензии*. 2010;3:5–26]
13. 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;12(3):189–98. DOI: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
14. Khanin Yu.L. Research on anxiety in sports. *Questions of psychology*. 1978;6:94–107. [Russian: Ханин Ю.Л. Исследование тревоги в спорте. *Вопросы психологии*. 1978;6:94–107]
15. Andryushchenko A.V., Drobizhev M.Yu., Dobrovolsky A.V. Comparative evaluation of the CES-D, BDI and HADS(D) scale in the diagnosis of depression in General medical practice. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2003;103(5):11–8. [Russian: Андрищенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(D) в диагностике депрессий в общемедицинской практике. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2003;103(5):11–8]
16. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191–4. DOI: 10.1001/jama.2013.281053
17. Zhang J, Liu N, Yang C. Effects of rosuvastatin in combination with nimodipine in patients with mild cognitive impairment caused by cerebral small vessel disease. *Panminerva Medica*. 2020;61(4):439–43. DOI: 10.23736/S0031-0808.18.03475-4