

УДК 616.8-009.836-06

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ И КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПАТОЛОГИЕЙ СНА

Ольховская А.С., Перетоккина А.С., Мокашева Ек.Н., Мокашева Евг.Н.
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко»
Минздрава РФ, Воронеж, e-mail: alla.peretockina@yandex.ru

С бессонницей, или же говоря научным языком, с инсомнией, встречался хотя бы раз в жизни каждый из врачей, независимо от его специальности. Исходя из наблюдений и практики, если врач должным образом обращает своё внимание на качество сна пациента, то как правило лечение основных заболеваний проходит быстрее и более качественно, так как бессонница негативно влияет на весь организм в целом. Немаловажной проблемой в медицине в последнее время стало изучение комплаентности или приверженности пациента к лечению. Без этого компонента невозможна успешная терапия любого заболевания, в том числе и бессонницы. Когнитивный дефицит, который развивается из-за проблем со сном, может снижать приверженность пациентов к лечению. Поэтому изучение взаимосвязи данных факторов может улучшить качество лечения пациентов с соматической патологией. Одна из самых важных проблем медицины – когнитивные нарушения. С этой проблемой сталкиваются врачи из различных направлений. наименее комплаентными пациентами являются люди пожилого и старческого возраста мужского пола. Соответственно наиболее приверженными к соблюдению рекомендаций доктора являются люди среднего и молодого возраста женского пола. Такая статистика может объясняться показателями, выявленными в процессе исследования психического статуса. У пожилых людей и стариков наиболее часто встречаются различные когнитивные нарушения, к которым относятся: снижение памяти, нарушение способности к мышлению и переработке информации, а также расстройство эмоционального поведения, что напрямую связано с возрастными изменениями организма. В связи с этим данная категория людей наиболее подвержена забывать принимать необходимые препараты, легкомысленно относиться к их приёму и просто-напросто не доверять предписаниям врачей. Также у данной группы пациентов чаще встречаются нарушения сна, которые неблагоприятно сказываются на ментальных функциях пациентов и их приверженности назначенному лечению.

Ключевые слова: инсомния, когнитивные нарушения, комплаентность, тест Мориски-Грин, шкала оценки психического статуса

THE RELATIONSHIP OF COGNITIVE DISORDERS AND COMORBIDITY IN PATIENTS WITH SOMATIC DISEASES AND SLEEP PATHOLOGY

Olkhovskaya A.S., Peretokina A.S., Mokasheva Ek.N., Mokasheva Evg.N.
Voronezh State Medical University. N.N. Burdenko, Voronezh,
e-mail: alla.peretockina@yandex.ru

With insomnia, or in scientific terms, with insomnia, every doctor met at least once in his life, regardless of his specialty. Based on observations and practice, if the doctor properly pays attention to the quality of the patient's sleep, then, as a rule, the treatment of major diseases is faster and more qualitative, since insomnia negatively affects the entire body as a whole. An important problem in medicine has recently become the study of compliance or patient adherence to treatment. Without this component, it is impossible to successfully treat any disease, including insomnia. Cognitive deficits that develop due to sleep problems may reduce patient adherence to treatment. Therefore, the study of the relationship of these factors can improve the quality of treatment of patients with somatic pathology. One of the most important problems in medicine is cognitive impairment. Doctors from various fields face this problem. the least compliant patients are elderly and senile males. Accordingly, the most committed to following the doctor's recommendations are middle-aged and young females. Such statistics can be explained by indicators identified during the study of mental status. In the elderly and the elderly, various cognitive impairments are most common, which include: memory loss, impairment of the ability to think and process information, as well as a disorder of emotional behavior, which is directly related to age-related changes in the body. In this regard, this category of people is most susceptible to forgetting to take the necessary drugs, taking them lightly and simply not trusting the prescriptions of doctors. Also, in this group of patients, sleep disorders are more common, which adversely affect the mental functions of patients and their adherence to the prescribed treatment.

Keywords: insomnia, cognitive impairment, compliance, Morisky-Green test, mental status assessment scale

Каждый врач в своей практике, независимо от его специальности, хотя бы раз в жизни сталкивался с жалобами на нарушения сна со стороны пациентов. Исходя из клинических наблюдений, если доктор должным образом обращает своё внимание на качество сна пациента, то как правило, лечение основных заболеваний проходит быстрее и более качественно [1].

Распространённость инсомнии составляет от 5,7% до 19% в популяции по данным разных источников. Преходящие симптомы бессонницы наблюдаются у 30–35% населения. У женщин в 1,5 раза чаще выявляются проблемы со сном, по сравнению с мужским полом. Также стоит отметить тот факт, что с возрастом эти проблемы начинают увеличиваться на 10% каждые 10 лет,

и в возрастной группе от 60 до 94 лет могут достигать 32,4%.

Инсомния классифицируется на хроническую, острую и идиопатическую. Чаще всего острая бессонница проявляется из-за стрессовых ситуаций. Как правило длительность её не превышает 3 месяцев. Лечение проходит с помощью снотворных средств. Специального рецепта для приобретения данных препаратов не требуется. Хроническая инсомния длится более 3 месяцев и в большинстве случаев для положительного результата от лечения требуется применение когнитивно-поведенческой терапии. Снотворные лекарственные средства в этом случае выступают в качестве дополнительного лечения. Идиопатическая инсомния практически не излечима и остаётся с пациентом на протяжении всей жизни. Как правило, у 50% пациентов с этой формой бессонницы наблюдаются заболевания психического характера. Специалист, занимающийся лечением подобных пациентов, должен консультироваться с психологом или психиатром, так как для поддержания нормального состояния больного могут потребоваться психотропные средства.

Существуют различные модели патогенеза инсомнии. Самая известная из них – модель «трёх П», которая была предложена А. Шпильман в 1987 году [2]. К факторам, изложенным в модели «трёх П», относятся predisposing (предрасполагающие) воздействия – это условия, что формируют благоприятную среду для развития заболевания; провоцирующие факторы, к которым причисляют те влияния, что дают возможность впервые проявиться инсомнии на фоне ярко выраженного стресса; поддерживающие воздействия – это те явления, что проявляются в виде защитного механизма в организме, в том числе и от стрессовых ситуаций, и позволяющие перейти инсомнии из острой формы в хроническую. В совокупности все вышеперечисленные факторы дают общую картину этиопатогенеза заболевания, а правильно определённая причина бессонницы у пациента поможет верно подобрать индивидуальную терапию и повысить вероятность благоприятного исхода заболевания.

Одной из важных диагностических особенностей инсомнии является наличие нарушений сна, которые не связаны с раздражающими факторами для самого человека или же его нервной системы. К данным факторам относят неблагоприятные жилищные условия, например, «громкие» соседи, шум машин, лай собак и т.д. Вовремя принятые меры по устранению данных причин могут позволить добиться быстрого излечения без применения лекарственной терапии.

Яркими признаками заболевания инсомнией являются: ухудшение памяти, раздражительность, сонливость в дневное время, вялость, апатия и многое другое. Если какие-то из перечисленных выше симптомов встречаются 3 и более раз в неделю, то можно предположить, что у пациента наличие бессонницы. Чтобы убедиться в правильности постановки диагноза, необходимо исключить такие факторы, как частый продолжительный сон в дневное время, ночные кошмары, связанные с внешними причинами, ночной диурез, обусловленный приёмом лекарственных препаратов при хронических заболеваниях.

Диагностика нарушений сна должна включать в себя: выяснение наличия соматических заболеваний на протяжении всей жизни, приём различных лекарственных препаратов, в том числе наркотических средств, степень приверженности к алкоголю, никотину, а также такие рутинные лабораторные исследования, как общий анализ крови и мочи. Немаловажным является выяснение психических заболеваний в течение всей жизни и установление характера взаимоотношений в семье. Стоит составить подробный анамнез качества сна: во сколько засыпает, как долго длится процесс засыпания, количество подъёмов за ночь, время подъёма. Не стоит забывать, что необходимо оценивать график работы пациента и имеется ли связь бессонницы со стрессом в течение дня. Важной рекомендацией является ведение дневника сна самим пациентом.

Существует два варианта лечения инсомнии: немедикаментозный и медикаментозный. Первый метод представлен психотерапией, которая включает в себя обучение пациента правилам гигиены сна, создание подходящих условий для сна и когнитивной терапии, благодаря которой формируются изменение представлений о собственном сне. Успехом также пользуются релаксационные методики и физиотерапия.

Медикаментозный вариант представлен снотворными средствами. В качестве гипнотиков в настоящее время рассматриваются бензодиазепины, антагонисты бензодипиновых рецепторов, препараты растительного происхождения (содержащие валериану, пустырник) и блокаторы гистаминовых рецепторов. Побочным эффектом является то, что снотворные препараты вызывают привыкание, поэтому рекомендуется курсовое использование с постепенным уменьшением дозы. Также для лечения применяются антидепрессанты и нейролептики [3, 4, 5].

Сон – это необходимое состояние организма каждого живого существа, во время

которого практически полностью прекращается работа сознания и нет активной реакции на внешние раздражители. Во время сна наступает так называемое «состояние покоя». Хроническим нарушением сна занимается определённый специалист – сомнолог. Лечение данной категории пациентов врачами разных специальностей совместно с сомнологом улучшит течение соматической патологии и благоприятно скажется на дальнейшем прогнозе.

Немаловажной проблемой в медицине в последнее время стало изучение комплаентности или приверженности пациента к лечению. Без этого компонента невозможна успешная терапия любого заболевания, в том числе и бессонницы.

Выделяют три подхода к оценке комплаентности: клинический, социологический и психологический [6]. Клинический подход представляет из себя следующее: во время пребывания в стационаре при ежедневном обходе лечащий врач задаёт рутинный вопрос своим пациентам о том, какие лекарства выдаются больному, когда и как он их принимает. Так как многие пациенты не интересуются названием препаратов, которые они принимают, поэтому врачу необходимо знать как выглядит то или иное лекарство, чтобы можно было понять по наводящим вопросам, осуществляется прием препарата больным или нет. Если пациент уверенно заявляет, что принимает все назначенные лекарственные средства, то доктору стоит насторожиться и расспросить его более подробно. Возможно больной таким образом хочет скрыть факт самовольного отказа от приема лекарств, стараясь своим поведением запутать лечащего врача. Клинический подход имеет индивидуальный характер и непродолжителен по времени, он не точен, так как заключение о приверженности к лечению делается врачом на основании только опроса пациента.

Социологический подход применяется в научно-исследовательских целях. В данном методе проводится анкетирование врачей разных направлений и по результатам опросов делается заключение о комплаентности определённых групп пациентов. Для достоверности также проводится анкетирование больных. Вопросы для врачей и пациентов в анкете должны содержать одинаково сформулированные вопросы. Если же мнения расходятся, то, как правило, истина находится посередине, и заключается в неэффективном взаимодействии врача и пациента, где один уверен, что его рекомендации строго выполняются, а другой, зная о последствиях, продолжает нарушать

предписанное ему лечение. Социологический подход не является индивидуальным, так как нет единой анкеты для оценки комплаентности, а вопросы, содержащиеся в разных анкетах, не дают возможности точно сопоставить результаты.

Психологический подход, как и социологический, чаще всего применяется в научно-исследовательских целях.

Один из популярных тестов, помогающих определить степень приверженности пациента к лечению является опросник Мориски-Грин. Комплаентными считаются те пациенты, которые четыре раза ответили «нет» на вопросы из теста. Некомплаентными являются те анкетированные, которые набрали 2 и менее баллов. К недостаточно комплаентным и находящимся в группе риска по развитию некомплаентности относят тех, кто набрал 3 балла.

В ходе исследования с помощью анкетирования был выявлен наиболее важный фактор, способствующий развитию приверженности к лечению, а именно: установление между врачом и пациентом доброжелательно-уважительных отношений. Комплаентность будет снижаться в том случае, если медицинскому персоналу не удалось достичь необходимого уровня доверия с пациентом. Поэтому каждый доктор обязан расположить к себе больного. Для достижения успеха в этом направлении необходимо развивать следующие качества и умения: спокойствие, грамотность, ответственность, умение слушать и правильно объяснять пациенту зачем назначается то или другое лекарство.

Стоит обращать внимание на гендерные и возрастные особенности комплаентности. Женщины пожилого возраста более ответственно выполняют назначения врача, в отличие от мужчин. Молодые люди не воспринимают серьёзно свой диагноз и могут чётко не следовать предписаниям лечащего доктора.

Исследования по выявлению основных критериев, снижающих комплаентность у пациентов, помогут повысить эффективность лечения в целом, так как даже самые результативные схемы лечения не будут давать ощутимых результатов, если пациент не принимает предписанных лекарств. Порой частый приём большого количества таблеток, назначенных в разное время в течение дня, может стать причиной для больного не соблюдать предписанное лечение. Важным фактором является психологическое состояние и интеллектуальные возможности пациента. Важно учитывать то, как сам больной относится к своей патологии. Если он или она считают, что за-

болевание несерьёзное, то, по их мнению, они в праве сами отказаться от каких-либо лекарственных препаратов. Некоторые же, наоборот, могут считать, что они неизлечимы и поэтому принимать какие-либо лекарства в их случае нецелесообразно [7, 8].

Одна из самых важных проблем медицины – это когнитивные нарушения. Расстройства ментальных функций в тяжёлой степени нарушают социальную и профессиональную деятельность, что снижает качества жизни, а в более серьёзных случаях может привести к инвалидизации, которая сопровождается зависимостью от окружающих. Чаще всего данные нарушения наблюдаются у людей пожилого возраста. Известно, что по мере старения частота встречаемости когнитивных нарушений увеличивается: от 20% у людей в возрасте от 60 до 69 лет и до 40% у пациентов старше 85 лет [9].

Деменция развивается при различных заболеваниях и представляет собой полиэтиологический синдром. При заболевании Альцгеймера наиболее ярко выражены когнитивные нарушения. Причинами ментальных расстройств могут выступать соматические и эндокринные заболевания, которые влияют на диагностику деменции, определяют тяжесть течения и скорость прогрессирования заболевания.

Основные факторы у пациентов терапевтического отделения, которые приводят к когнитивным нарушениям: белковый дефицит, нарушение гликемического профиля, энцефалопатия, кардиоцеребральная ишемия. У больных кардиологического профиля основными причинами, предрасполагающими к развитию когнитивных нарушений, являются ишемические инсульты, нарушение работы камер сердца и снижение сердечного выброса. В пульмонологическом отделении самым распространённым заболеванием, нарушающим работу ментальных функций, является хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ). Данная патология сопровождается частичным необратимым ограничением поступления воздуха в дыхательные пути из-за их воспаления при взаимодействии с вредными веществами. Перечисленные выше заболевания приводят к развитию гипоксии и ишемии головного мозга, которые в свою очередь вызывают повреждение нейронов и развитие ментальных нарушений.

К основным изменениям когнитивной сферы относятся: ухудшение памяти (плохое запоминание нового материала, в тяжёлых случаях – невозможность вспомнить прошлое), нарушения мышления и переработки информации, расстройства эмоциональной сферы (раздражительность, апатия).

Общим принципом лечения пациента с когнитивными нарушениями является определение характера имеющихся нарушений, их выраженности, предупреждение прогрессирования, тем самым способствуя улучшению качества жизни. Симптоматическая терапия позволяет снизить выраженность когнитивных и нервно-психических изменений, что даёт возможность повышения качества жизни больного и его родственников.

При лечении в первую очередь рассматриваются холинергические препараты. Ацетилхолин – основной медиатор головного мозга. Большинство заболеваний протекают на фоне холинергической дисфункции. При недостаточности холина или при увеличении потребности в ацетилхолине фосфолипиды нейронов становятся главным источником холина, что приводит к разрушению мембран нервных клеток, следовательно, ухудшаются имеющиеся нарушения. Из вышеописанного можно сделать предположение, что когнитивные нарушения являются сложным заболеванием для врачей многих специальностей в связи с диагностикой и подбором лечения. Своевременное выявление данных расстройств и назначение правильного и эффективного лечения крайне важно, так как способствует восстановлению функций церебральных структур и предотвращению необратимых последствий.

Когнитивный дефицит, который развивается из-за проблем со сном, может снизить приверженность пациентов к лечению. Поэтому изучение взаимосвязи данных факторов поможет улучшить качество лечения пациентов с соматической патологией.

Цель исследования – изучить взаимосвязь нарушений когнитивной сферы и коморбидности с патологией сна у пациентов с соматическими заболеваниями.

Материалы и методы исследования

В анкетировании приняли участие 30 человек из терапевтического, кардиологического и пульмонологического отделений. Возрастная категория опрошенных составила от 28 до 80 лет. Всем участникам было необходимо ответить на вопросы следующих 3 опросников: первым является анкета качества сна, вторым – шкала комплаентности Мориски-Грина, а третьим – шкала оценки психического статуса (MMSE). Если респондент по анкете качества сна набирает менее 19 баллов, то это свидетельствует о нарушении сна. Значения от 19 до 21 балла интерпретируются как пограничные, а результат в 22 балла и более соответствует норме. Шкала комплаентности Мориски-

Грина включает в себя 5 вопросов, вариантами ответов на которые являются «да» и «нет». В данном случае «нет» оценивается в 1 балл, а «да» в 0 баллов. Если в сумме респондент набирает 4-5 баллов, значит он привержен лечению. Опрошенный недостаточно привержен лечению при наборе 3 баллов по анкете и не привержен лечению при 2 баллах и менее. Результат в 28-30 баллов по шкале MMSE подтверждает отсутствие когнитивных нарушений, 24-27 баллов может говорить о наличии предметных расстройств. Легкой деменции соответствуют набранные по данной шкале значения от 20 до 23 баллов, умеренной – от 10 до 19, а при результате менее 10 баллов можно говорить о тяжёлой.

Все собранные в процессе исследования данные были подсчитаны, занесены в таблицу Microsoft Excel 2013 и подвергнуты статистической обработке.

Результаты исследования и их обсуждение

Все участники анкетирования были разделены на 3 основные группы в зависимости от показателей, полученных из шкалы комплаентности Мориски-Грина. Первую группу составили пациенты, не приверженные к лечению, вторую – недостаточно приверженные и в третью группу вошли лица, приверженные лечению.

В первую группу включили 13,3% (4 респондента) от общего числа пациентов. Среди этой группы среднее значение по анкете качества сна составило $17,6 \pm 0,80$, что говорит о наличии нарушений со стороны сна. Средние значения в этой группе по опроснику MMSE равны $25,5 \pm 1,27$ и характеризуются как когнитивные предметные нарушения. При этом в большей степени группа представлена мужчинами (3 из 4, то есть 75%), а средний возраст составляет – $67,0 \pm 3,35$ лет. Стоит отметить, что двое пациентов из данной категории проходили лечение в кардиологическом отделении (50,0%), один – в пульмонологическом (25,0%) и один – в терапевтическом (25,0%).

Вторая группа включает в себя 23,4% от всех пациентов (7 человек). Средние значения по анкете качества сна составили $15,3 \pm 0,76$, что также свидетельствует о наличии у данной подгруппы патологии сна. Показатель по MMSE – $24,0 \pm 1,2$ указывает на когнитивные предметные нарушения. Эта группа также преимущественно состоит из мужчин (5 из 7 больных, то есть 71%), и средний возраст – $66,8 \pm 3,34$ лет. Большая часть пациентов из этой группы относится к кардиологическому отделению (57%), 2 пациента (29%) – к пульмонологическому

и всего один пациент (14%) – к терапевтическому отделению.

Третья группа является самой многочисленной, так как включает 19 больных (63,3%) от всех принявших участие в исследовании. Средние значения по анкете качества сна в этой группе составили $20,6 \pm 1,03$, что соответствует изменениям пограничного характера. Баллы по шкале MMSE равны $28,7 \pm 1,43$. Подобный результат подтверждает отсутствие когнитивных нарушений. Также третья группа характеризуется тем, что в количественном составе в ней преобладают женщины – 11 человек (57,8%), а средний возраст равен $43,5 \pm 2,1$ годам. Большая часть пациентов данной группы проходила лечение в пульмонологическом (36,8%) и терапевтическом (42,1%) отделениях, а незначительное количество (4 из 19 пациентов, составивших группу, то есть 21,1%) – в кардиологическом.

Кроме того, стоит обратить внимание на ещё одну не менее важную статистику, касающуюся бессонницы. При анализе данных этого исследования становится ясным то, что тем или иным нарушениям сна подвержено как молодое, так возрастное поколение. Причины данной патологии могут быть связаны и с хроническими заболеваниями людей, и с дисбалансом в психоэмоциональном состоянии исследуемых.

Стоит отметить тот факт, что наиболее часто нарушения сна и когнитивных функций встречались в кардиологическом отделении, второе место занимает пульмонологическое, а в терапевтическом отделении было меньше всего зафиксировано ярко выраженных расстройств данного спектра. Возможно, подобная закономерность может объясняться тяжестью протекающей болезни, связанной с определённой системой организма (например сердечно-сосудистой), и побочными действиями препаратов, необходимых для купирования этой патологии. Последний фактор ещё может являться основой для неудовлетворительной статистики по комплаентности среди пациентов преимущественно кардиологического профиля, так как побочные действия лекарств, назначаемые этим больным, могут вынудить их прекратить дальнейший приём препаратов без согласования с лечащим врачом.

Заключение

Таким образом, из вышеперечисленных фактов можно сделать предположение о том, что наименее комплаентными пациентами являются люди пожилого и старческого возраста мужского пола. Соответственно наиболее приверженными к соблюдению рекомендаций доктора являются люди среднего

и молодого возраста женского пола. Такая статистика может объясняться показателями, выявленными в процессе исследования психического статуса. У пожилых людей и стариков наиболее часто встречаются различные когнитивные нарушения, к которым относятся: снижение памяти, нарушение способности к мышлению и переработке информации, а также расстройство эмоционального поведения, что напрямую связано с возрастными изменениями организма. В связи с этим данная категория людей наиболее часто забывает принимать необходимые препараты, легкомысленно относиться к их приёму и не доверяет предписаниям врачей. Также у этой группы пациентов распространены нарушения сна, которые оказывают негативное влияние на ментальные способности пациентов и их приверженность назначенному лечению.

Список литературы

1. Бурчаков Д.И., Тардов М.В. Инсомния (бессонница): причины, методы лечения и клинические ситуации // *Consilium Medicum*. 2020. № 2. С. 75-82.
2. Стрыгин К.Н., Полуэктов М.Г. Инсомния // *Медицинский совет*. 2017. № 1S. С. 52-58.
3. Riemann D., Baglioni C., Bassetti C., Bjorvatn B., Dolenc G.L., Ellis J.G., Espie C.A., Garcia-Borreguero D., Gjestad M., Gonçalves M., Hertenstein E., Jansson-Fröjmark M., Jennum P.J., Leger D., Nissen C., Parrino L., Paunio T., Pevernagie D., Verbraecken J., Weeß H.G., Wichniak A., Zavalko I., Arnardottir E.S., Deleanu O.C., Strazisar B., Zoetmulder M., Spiegelhalter K. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res.* 2017. № 6. С. 675-700.
4. Полуэктов М.Г., Бузунов Р.В., Авербух В.М., Вербицкий Е.В., Захаров А.В., Кельмансон И.А., Корабельникова Е.А. Литвин А.Ю., Пальман А.Д., Русецкий Ю.Ю., Стрыгин К.Н., Якупов Э.З. Проект клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронической инсомнии у взрослых. [Электронный ресурс]. URL:<http://rossleep.ru/wp-content/uploads/2016/11/KLINICHESKIE-REKOMENDATSII-PO-INSOMNIИ-v.1.2.pdf> (дата обращения: 15.12.2022).
5. Полуэктов М.Г., Центерадзе С.Л. Современные представления о синдроме инсомнии с учетом требований Международной классификации расстройств сна и подходы к ее лечению // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014. № 11. С. 92-97.
6. Деларю В.В. Вершинин Е.Г. Комплаентность: клинический, социологический и психологический подходы к ее оценке // *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. 2015. № 3. С. 100-102.
7. Магомедова Л.М., Байранбекова О.А., Кануков А.Г., Дибиров Х.М.К. Роль врача в развитии комплаентности // *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2019. № 10. С. 454.
8. Хвастунова Е.П., Юдин С.А., Вершинин Е.Г., Деларю В.В. Компаративный анализ позиций заинтересованных социальных групп как современное требование социологии медицины // *Врач-аспирант*. 2014. № 2.1. С. 168-172.
9. Горина Н.А., Григорьева М.М., Суглобова Е.Р., Хошов А.Д., Ларченко Т.С., and Муратханова Г.А. Основные причины развития когнитивных нарушений // *Российский семейный врач*. 2020. № 1. С. 23-28.