

ISSN 1607-419X

ISSN 2411-8524 (Online)

УДК: 616.12-008.331.1-053.9-08-035



## Мнение врачей общей практики о депрескрайбинге антигипертензивных препаратов

**О. Н. Антропова, И. В. Осипова, А. А. Молчанова,  
К. А. Медведева**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Барнаул, Россия

### Контактная информация:

Антропова Оксана Николаевна,  
ФГБОУ ВО «Алтайский  
государственный медицинский  
университет» Минздрава России,  
ул. Ленина, д. 40, Барнаул, Россия,  
656038.

Тел.: +7 3852 20-12-79,

E-mail: antropovaon@mail.ru

*Статья поступила в редакцию  
03.09.25 и принята к печати 25.09.25.*

### Резюме

**Цель исследования** — охарактеризовать отношение врачей общей практики к отмене назначения антигипертензивных лекарств пожилым пациентам, выявить их мнение по поводу основных причин и препятствий к депрескрайбингу (ДС). **Материалы и методы.** В поперечное исследование были включены 104 врача общей практики, прошедших анонимное очное анкетирование. **Результаты и обсуждение.** 73,1 % опрошенных были терапевтами, 3,8 % имели специализацию по гериатрии, 23,1 % были представлены врачами других специальностей. Большинство респондентов (73,1 %) имели врачебный стаж более 10 лет. Клинические эпизоды гипотонии считают часто встречающимися на фоне антигипертензивного лечения у лиц пожилого и старческого возраста 34,6 % врачей, но проводят опрос всех больных с целью их выявления 15,4 %, и только 7,7 % проводят ортостатическую пробу; большинство врачей (65,4 %) либо не проводят, либо редко проводят оценку ортостатической гипотонии, а 34,6 % редко проводят опрос с целью выявления симптомов гипотонии. В качестве причины для ДС были указаны: снижение систолического артериального давления менее 90 мм рт. ст. (34,6 %), падения (11,8 %), гораздо реже (по 3,8 %) — старческая астения, головокружение, невозможность самообслуживания, когнитивный дефицит. Более 40 % респондентов затруднились указать причины для пересмотра антигипертензивной терапии. В целом препятствиями для ДС у пациентов пожилого возраста можно считать недостаточную информированность врачей о выявлении нежелательных реакций и причинах ДС.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, антигипертензивные препараты, депрескрайбинг

*Для цитирования:* Антропова О. Н., Осипова И. В., Молчанова А. А., Медведева К. А. Мнение врачей общей практики о депрескрайбинге антигипертензивных препаратов. Артериальная гипертензия. 2026;32(1):117–123. <https://doi.org/10.18705/1607-419X-2026-2570>. EDN: LFPJGW

## General practitioners' opinion on antihypertensive drugs deprescribing

O. N. Antropova, I. V. Osipova, A. A. Molchanova,  
K. A. Medvedeva

Altai State Medical University, Barnaul, Russia

**Corresponding author:**

Oxana N. Antropova,  
Altai State Medical University,  
40 Lenin str., Barnaul, 656038 Russia  
Phone: +7 3852 20-12-79,  
E-mail: antropovaon@mail.ru

Received 3 September 2025;  
accepted 29 September 2025.

### Abstract

**The aim** of the study was to characterize the attitude of general practitioners towards the cancellation of antihypertensive drug prescription in elderly patients and to identify the subjective main reasons for and barriers to deprescribing. **Design and methods.** The cross-sectional study included 104 general practitioners who completed an anonymous face-to-face survey. **Results and discussion.** 73,1 % of respondents were internists, 3,8 % specialized in geriatrics, and 23,1 % were doctors of other specialties. Most respondents (73,1 %) had more than 10 years of medical experience. 34,6 % of doctors consider clinical episodes of hypotension to be common during antihypertensive treatment in elderly and senile patients, but only 15,4 % perform survey to identify hypotension, and only 7,7 % conduct an orthostatic test. Most physicians (65,4 %) either do not conduct or rarely conduct a test for the assessment for orthostatic hypotension, and 34,6 % rarely conduct a survey to identify hypotension symptoms. The following were cited as reasons for deprescribing: a decrease in systolic blood pressure to less than 90 mmHg (34,6 %), falls (11,8 %), and less frequently (3,8 % each) — frailty, dizziness, inability to self-care, and cognitive impairment. More than 40 % of respondents found it difficult to identify reasons for revising antihypertensive therapy. Overall, physicians' lack of awareness about the need for identification of adverse reactions and the causes of deprescribing can be considered barriers to drug deprescribing in elderly patients.

**Key words:** arterial hypertension, antihypertensive drugs, deprescribing

*For citation: Antropova ON, Osipova IV, Molchanova AA, Medvedeva KA. General practitioners' opinion on antihypertensive drugs deprescribing. Arterial'naya Gipertenziya = Arterial Hypertension. 2026;32(1):117–123. <https://doi.org/10.18705/1607-419X-2026-2570>. EDN: LFPJGW*

### Введение

Антигипертензивные препараты снижают риск развития инсульта и сердечно-сосудистых заболеваний во всех возрастных группах [1]. Преимущества антигипертензивной терапии у пожилых, включая интенсивную антигипертензивную терапию, подтверждены в крупных рандомизированных исследованиях (HYVET, SPRINT, STEP), однако важно отметить, что участники с тяжелой степенью старческой астении в исследования не включались [2–5].

В результате антигипертензивные препараты назначают пожилым пациентам, среди которых более половины людей старше 80 лет [6]. Рандомизированные контролируемые исследования показывают, что антигипертензивное лечение связано с повышенным риском гипотонии, обморока, острого повреждения почек и гиперкалиемии, в целом этот риск очень низок и затрагивает от 5 до 16 пациентов на 10 000 пациентов, проходящих лечение в год [6]. Однако у пожилых и ослабленных пациентов этот

риск значительно увеличивается на фоне антигипертензивной терапии до 131 пациента на 10 000 пациентов в год [2]. Причиной являются измененные фармакокинетические и фармакодинамические реакции в пожилом возрасте; полипрагмазия, которая увеличивает риск межлекарственных взаимодействий, включая серьезные нежелательные явления (НЯ). У таких пациентов риск НЯ может превышать пользу от антигипертензивного лечения, и для снижения этого риска предлагается отмена назначения препарата [3].

Как инструмент для выявления потенциально не рекомендованных или нерациональных лекарственных назначений лекарственных препаратов, а также для выявления так называемых «упущенных» назначений (то есть тех, по которым имеются убедительные данные об эффективности при конкретном заболевании) разработаны STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) / START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment)-критерии [7]. STOPP-критерии — лекарственные препараты, потенциально не рекомендованные для использования у пациентов в возрасте 65 лет и старше, риск применения которых превышает ожидаемую пользу. START критерии — препараты, назначение которых следует рассмотреть, если ранее они не были назначены не в связи с наличием противопоказаний и если клинический статус пожилого пациента не соответствует «концу жизни» и, следовательно, не предполагает фокуса на паллиативную фармакотерапию.

Актуальность проблемы депрескрайбинга (ДС) — системного процесса контролируемого прекращения или сокращения приема лекарств под наблюдением врача с целью управления полипрагмазией, уменьшения проблем, связанных с приемом лекарств, и улучшения результатов лечения пациентов, подчеркивают результаты вторичного поперечного анализа данных 4 когортных исследований среди жителей домов престарелых в Австралии, Китае, Японии и Испании. В общей сложности 84,7% неослабленных, 95,6% ослабленных и 90,6% пациентов с тяжелой старческой астенией получали хотя бы 1 препарат, соответствующий STOPP-критерию, и наиболее распространенными такими препаратами были антигипертензивные средства (от 53,0% в Китае до 73,3% в Австралии). Использование антигипертензивных препаратов было больше распространено среди крепких пациентов, но только с отношением шансов (odds ratio) OR 1,15 (95-процентный доверительный интервал (95% ДИ) 1,06–1,25) [8]. Новые рекомендации Европейского общества по артериальной гипертензии (АГ) впервые признают возможность сокращения антигипертензивного лечения у пожилых ослабленных пациентов с АД < 120 мм рт. ст. или при наличии тяжелой

ортостатической гипотонии, но они не предлагают конкретных стратегий отмены из-за отсутствия данных об оптимальном процессе и вероятных результатах [9]. Обеспечение надлежащего использования антигипертензивных препаратов у очень пожилых или ослабленных пациентов может быть сложной задачей для врача, поскольку требует комплексной оценки преимуществ и НЯ [10].

**Цель исследования** — охарактеризовать отношение врачей общей практики к отмене назначения антигипертензивных лекарств пожилым пациентам; выявить их мнение по основным причинам и препятствиям к ДС.

### Материалы и методы

В исследование были включены 104 врача общей практики, которые принимали участие в региональной терапевтической конференции. Проводилось очное анкетирование участников, при этом анонимность ответов гарантировалась. Опрос проводился с помощью авторской анкеты, состоящей из 3 разделов (**Дополнительные материалы**). Первый раздел включал вопросы о профессиональной деятельности врача (специальности, стаже, количестве консультаций пожилых пациентов); во втором разделе были вопросы о выявлении побочных эффектов антигипертензивной терапии (частоты, ортостатической пробы, симптомной гипотонии и т. д.), в третьем уточнялись барьеры и факторы, способствующие отмене/снижению доз препаратов. На вопросы об опыте снижения/отмены препаратов и регистрируемых побочных эффектах терапии предлагались варианты ответов: никогда, редко (1–2 из 10 пациентов), часто (3–5 из 10 пациентов), очень часто (> 50% пациентов). В анкете врач имел возможность дать открытые ответы на вопросы о причинах ДС. В соответствии с целью исследования при анализе данных опроса (анкетирования) проводилась оценка частотного распределения в относительных значениях. При расчете результатов ответов респондентов на вопросы анкеты за 100% принималось общее число респондентов.

### Результаты

#### Профессиональная характеристика выборки

В исследовании приняли участие 104 врача, среди них 73,1% были терапевтами, 3,8% имели специализацию по гериатрии, 23,1% были представлены врачами других терапевтических специальностей (кардиология, пульмонология, нефрология). Большинство респондентов (73,1%) имели врачебный стаж более 10 лет, остальные (26,9%) — менее 10 лет. Среди врачей, участвующих в опросе, две трети (73,1%) вели амбулаторный прием, осталь-

ные являлись врачами стационара. Следует подчеркнуть, что большая часть врачей консультирует пожилых пациентов с АГ (30,8% — «очень часто», 42,3% — «часто»), лишь 23,1% и 3,8% опрошенных встречаются с данной клинической ситуацией изредка и редко соответственно.

**Клинические эпизоды гипотонии**

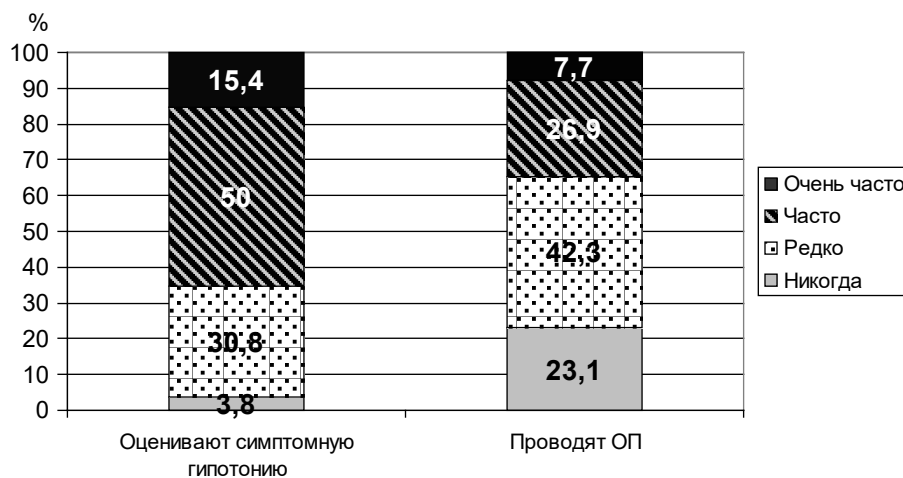
При анализе анкет оказалось, что 34,6% врачей считает, что гипотония на фоне антигипертензивного лечения встречается у лиц пожилого и старческого возраста часто, при этом большинство считают данное нежелательное явление редким или очень редким (34,6% и 30,8% соответственно). Однако задают специальные вопросы для выявления симптомов гипотонии всем гериатрическим больным лишь 15,4% врачей и 7,7% проводят ортостатическую пробу; 50% респондентов отметили, что проводят оценку симптомов гипотонии часто и 26,9% часто используют ортостатическую пробу у лиц пожилого и старческого возраста. Обращает на себя внимание, что большинство врачей (65,4%) либо не проводят, либо редко проводят оценку ортостатической гипотонии, а 34,6% редко проводят опрос с целью выявления симптомов гипотонии на фоне антигипертензивной терапии (рис. 1).

Оценивая частоту отмены/снижения дозы антигипертензивных средств у обсуждаемой категории пациентов, абсолютное большинство (73,1%) врачей указало, что принимают это решение редко, 3,8% — никогда, 23,1% — часто. При этом 57,7% опрошенных посчитали необходимым изменение режима терапии при появлении нежелательных реакций у пожилых. При оценке клинической ситуации, в которой врач принял бы решение о полном или частичном ДС, в открытых вопросах бы-

ли указаны следующие варианты: снижение систолического артериального давления (АД) менее 90 мм рт. ст. (34,6%), падения (11,8%), гораздо реже (по 3,8%) — старческая астения, головокружение, невозможность самообслуживания, когнитивный дефицит. Обращает на себя внимание, что 41,4% врачей затруднились ответить на этот вопрос (рис. 2).

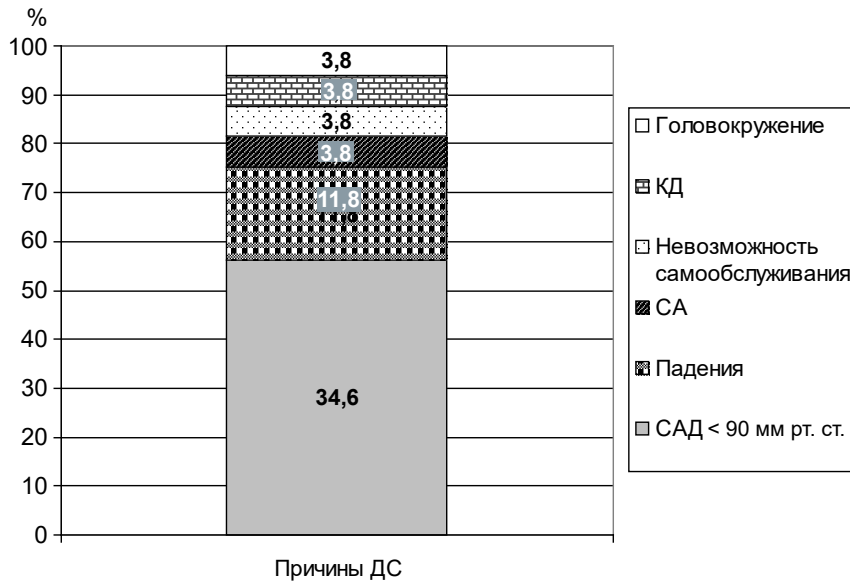
**Обсуждение**

Обоснование ДС при терапии АГ у пожилых базируется на ряде исследований. Долгосрочное 4-летнее рандомизированное исследование OPTiMISE (The Optimising Treatment for Mild Systolic Hypertension in the Elderly, n = 6194) показало, что снижение приема лекарств возможно более чем у половины пациентов в возрасте старше 80 лет и САД менее 150 мм рт. ст., без каких-либо доказательств вреда с точки зрения госпитализации или смертности по любой причине. Эти результаты показывают, что отмена назначения антигипертензивных препаратов может быть безопасной попыткой снижения полипрагмазии у пожилых пациентов с контролируемым АД [11]. Когортное исследование, включившее жителей домов престарелых в возрасте старше 65 лет, показало, что ДС (сокращение общего количества антигипертензивных препаратов или снижение дозировки лекарств на 30%, поддерживаемое в течение как минимум 2 недель) связан с меньшим когнитивным снижением, особенно у тех, кто страдает деменцией [12]. В клиническом исследовании MINOR (Optimizing Hypertension Treatment in Older Patients Through Home Blood Pressure Monitoring by Pharmacists in Primary Care), включившем пожилых пациентов с симптомами гипотонии, были проанализированы возможности контролируемой отмены



**Рисунок 1. Частота выявления врачами симптомной и ортостатической гипотонии у пациентов пожилого и старческого возраста (%)**

Примечание: ОП – ортостатическая проба.



**Рисунок 2. Причины для депрескрайбинга (%)**

**Примечание:** ДС — депрескрайбинг; КД — когнитивный дефицит; СА — старческая астения; САД — систолическое артериальное давление.

антигипертензивных препаратов с оценкой по суточному мониторингованию артериального давления (СМАД). Показано значительное снижение назначений лекарств (–28,6%;  $p < 0,001$ ) и снижение симптомов гипотензии в группе ДС по сравнению с контрольной группой (64,9% против 20%;  $p < 0,001$ ) [13]. В обсервационном исследовании, включившем 13 096 резидентов долгосрочного ухода, принимающих антигипертензивные препараты, у 17,8% были отменены антигипертензивные препараты в течение 12 недель. Кумулятивная частота госпитализаций с инсультом или инфарктом миокарда за 2 года была схожей среди резидентов, которые продолжали лечение, и теми, которым был проведен ДС [14]. Однако нельзя утверждать, что полученные данные однозначны. Например, в исследовании DANTON (Effects of the discontinuation of antihypertensive treatment on neuropsychiatric symptoms and quality of life in nursing home residents with dementia), включившем 205 участников, рандомизированных в группы прекращения антигипертензивного лечения ( $n = 101$ ) или продолжения обычной антигипертензивной терапии ( $n = 104$ ), при 16-недельном наблюдении серьезные НЯ наблюдались у 36% (прекращение лечения) и 24% (обычная терапия), скорректированное отношение рисков составило 1,65 [95% ДИ 0,98–2,79]. Авторы сделали вывод, что прекращение антигипертензивного лечения не представляется безопасным и полезным, чтобы рекомендовать его пожилым людям с деменцией [15].

Наблюдательные исследования показывают, что отмена назначения сердечно-сосудистых или диабетических препаратов не происходит у 3 из 4 па-

циентов, которым показано менее строгое медикаментозное лечение [16], что может привести к риску предотвратимых НЯ. Наше исследование показало, что большинство врачей общей практики (около 80%) редко принимают решение о ДС антигипертензивной терапии, но при этом почти 60% опрошенных посчитали обоснованным рассмотреть данное решение у пожилых больных при появлении нежелательных явлений.

В предыдущих исследованиях было выявлено несколько препятствий для ДС кардиометаболических препаратов [17]. Врачи затрудняются с принятием решения вследствие отсутствия доказательств относительно потенциальных преимуществ и рисков отмены кардиометаболических препаратов. Кроме того, нет достаточных коммуникативных навыков и инструментов для вовлечения пожилых и слабых пациентов в обсуждение потенциальных преимуществ и рисков. Пациенты, вероятно, по-разному оценивают пользу и вред антигипертензивного лечения в зависимости от своих ценностей, предпочтений и конкретных обстоятельств [18].

Среди факторов, ограничивающих ДС, следует отметить недостаточную доступность средств объективного контроля (СМАД) в клинической практике амбулаторного врача. Однако данный вопрос в рамках проведенного анкетирования не изучался, что может рассматриваться в качестве ограничения исследования.

Современный алгоритм контролируемой отмены антигипертензивных препаратов на основе модели CEASE предполагает несколько ключевых шагов и фокусируется на характеристиках пациен-

та и тщательном мониторинге АД и побочных эффектов [19]. Он включает в себя следующие этапы: С (current drugs) — оценка текущей лекарственной терапии пациента и показаний к применению препаратов; Е (elevated risk) — оценка риска побочных эффектов принимаемых препаратов; А (assess) — оценка соотношения пользы и вреда для каждого препарата; S (sort and prioritise) — расставление приоритетов отмены лекарств в зависимости от пользы, вреда, простоты отмены и предпочтений пациента; Е (eliminate) — ДС и мониторинг состояния пациента после отмены препарата. Факторы риска НЯ включают в себя возраст старше 80 лет, деменцию, хроническую болезнь почек, анамнез НЯ, симптомную гипотонию и старческую астению. Учитывая сложность лечения АГ у пожилых пациентов и множественность факторов риска НЯ, целесообразно оценивать индивидуальные риски с помощью специальных инструментов, позволяющих помочь в принятии решения врачу. Инструмент STRATIFY-Falls для оценки риска госпитализации или смерти человека в результате серьезного падения в течение следующих 1, 5, 10 лет использует модель, которая включает в себя возраст, пол, этническую принадлежность, историю падений, инсульта и рассеянного склероза, старческую астению и использование лекарств [20]. Этот инструмент предоставляет персонализированную оценку риска НЯ, которая может напрямую сопоставляться с сердечно-сосудистым риском. Однако у данного инструмента есть ограничения в использовании у пациентов с очень высоким риском неблагоприятных событий, а также не определен порог риска, который следует считать достаточно высоким, чтобы оправдать ДС.

Результаты нашего исследования демонстрируют, что более половины врачей не проводят ортостатическую пробу, а более 30% даже не выявляют симптоматическую гипотонию у пожилых больных. Кроме того, они не вполне информированы о факторах, повышающих риск нежелательных реакций и требующих обсуждения вопроса о ДС у пожилых пациентов, получающих антигипертензивные препараты.

### Выводы

1. Только треть врачей общей практики считают НЯ антигипертензивной терапией редкими, тем не менее более половины не проводят оценку ортостатических реакций и каждый третий не проводит опроса для выявления симптомов гипотонии у пожилых пациентов.

2. Часто принимают решение о ДС 23% врачей, редко — 73%, и лишь около 4% никогда не отменяют / не снижают дозы антигипертензивных средств.

Однако врачи недостаточно информированы о причинах ДС, что, по-видимому, является основным препятствием для оптимизации терапии.

### Конфликт интересов / Conflict of interest

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов. / The authors declare no conflict of interest.

### Список литературы / References

1. Rahimi K, Bidel Z, Nazarzadeh M, et al. Age-stratified and blood-pressure-stratified effects of blood-pressure-lowering pharmacotherapy for the prevention of cardiovascular disease and death: an individual participant-level data meta-analysis. *Lancet*. 2021;398(10305):1053–1064. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01921-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01921-8)
2. Beckett NS, Peter R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrescu D, et al. HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 years of age and older. *N Engl J Med*. 2008;358:1887–1898. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0801369>
3. Pawajski NM, Berlowitz DR, Bress AP, Callahan KE, Cheung AK, Fine LJ, et al. Intensive vs standard blood pressure control in adults 80 years or older: a secondary analysis of the systolic blood pressure intervention trial. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68:496–504. <https://doi.org/10.1111/jgs.16272>
4. Zhang W, Zhang S, Deng Y, Wu S, Ren J, Sun G, et al. Trial of intensive blood-pressure control in older adults with hypertension. *N Engl J Med*. 2021;385:1268–1279. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2111437>
5. Гиляревский С.Р., Щедрина А.Ю., Ерусланова К.А., Кожевникова М.В., Лузина А.В., Готина А.Д. и др. Оценка безопасности достижения рекомендуемых целевых уровней артериального давления у пациентов пожилого и старческого возраста: протокол рандомизированного открытого проспективного прагматического исследования ПОРОГ (Безопасность достижения Рекомендуемых целевых уровней артериального давления в Гериатрической практике). *Артериальная гипертензия*. 2025;31(1):47–53. <https://doi.org/10.18705/1607-419X-2025-2401>
6. Gilyarevsky SR, Shchedrina AY, Eruslanova KA, Kozhevnikova MV, Luzina AV, Gotina AD, et al. Evaluation of the safety of achieving recommended blood pressure targets in elderly patients: protocol of a randomized, open-label, prospective, pragmatic study THReshOld (Treatment of Hypertension to Recommended blood pressure in Old patients with hypertension). *Arterial'naya Gipertenziya = Arterial Hypertension*. 2025;31(1):47–53. (In Russ.) <https://doi.org/10.18705/1607-419X-2025-2401>
7. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World population prospects: the 2015 revision, key findings and advance tables. Working paper no. ESA/P/WP.241. New York (NY): United Nations; 2015.
8. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denking M, Beuscart JB, Onde G, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *Eur Geriatr Med*. 2023;14(4):625–632. <https://doi.org/10.1007/s41999-023-00777-y>
9. Liao SJ, Zhao M, Hamada S, Gutiérrez-Valencia M, Jadczyk AD, Li Li, et al. Deprescribing opportunities for frail residents of nursing homes: a multicenter study in Australia, China, Japan, and Spain. *J Am Med Dir Assoc*. 2024;25(5):876–883. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.01.015>
10. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of hypertension endorsed by the European Renal Association (ERA) and the International

Society of Hypertension (ISH). *J Hypertension*. 2023;41(12):1874–2071. <https://doi.org/10.1097/hjh.0000000000003480>

10. Gnjidic D, Johansson M, Meng DM, Farrell B, Langford A, Reeve E. Achieving sustainable healthcare through deprescribing. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;10(10):Ed000159. <https://doi.org/10.1002/14651858>

11. Sheppard JP, Burt J, Mark L, et al. Effect of antihypertensive medication reduction vs usual care on short-term blood pressure control in patients with hypertension aged 80 years and older: the OPTIMISE randomized clinical trial. *JAMA*. 2020;323(20):2039–2051. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4871>

12. Jing B, Liu X, Graham LA, Dave CV, Li Y, Fung K, et al. Deprescribing of antihypertensive medications and cognitive function in nursing home residents. *JAMA Intern Med*. 2024;184(11):1347–1355. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.4851>

13. Silva IM, Moreira PM, Santos AM, Castro PR, Aguiar EC, Oliveira MG, et al. Deprescribing antihypertensives in older people in primary care: subgroup analysis of the MINOR randomised clinical trial. *Int J Clin Pharm*. 2025;47(1):53–59. <https://doi.org/10.1007/s11096-024-01805-y>

14. Odden MC, Graham LA, Liu X, Dave CV, Lee SJ, Li Yo, et al. Antihypertensive deprescribing and cardiovascular events among long-term care residents. *JAMA Netw Open*. 2024;7(11):e2446851. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.46851>

15. Bogaerts J, Gussekloo J, Bianca EM, Le Cessie S, Mooijaart SP, van der Mast RC, et al. Effects of the discontinuation of antihypertensive treatment on neuropsychiatric symptoms and quality of life in nursing home residents with dementia (DANTON): a multicentre, open-label, blinded-outcome, randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2024;53(7):afae133. <https://doi.org/10.1093/ageing/afae133>

16. Brunner L, Rodondi N, Aubert CE. Barriers and facilitators to deprescribing of cardiovascular medications: a systematic review. *BMJ Open*. 2022;12(12):e061686. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061686>

17. Crutzen S, Baas G, Abou J, van den Born-Bondt T, Hughtenburg JG, Bouvy ML, et al. Barriers and enablers of older patients to deprescribing of cardiometabolic medication: a focus group study. *Front Pharmacol*. 2020;11:1268. <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.01268>

18. Abou J, Crutzen S, Tromp V, Tromp V, Heringa M, Marum RV, Elders P, et al. Barriers and enablers of healthcare providers to deprescribe cardiometabolic medication in older patients: a focus group study. *Drugs Aging*. 2022;39(3):209–221. <https://doi.org/10.1007/s40266-021-00918-7>

19. Scott IA, Le Couteur DG. Physicians need to take the lead in deprescribing. *Intern Med J*. 2015;45:352–356. <https://doi.org/10.1111/imj.12693>

20. Archer L, Koshariar C, Lay-Flurrie S, Snell KIE, Riley RD, Stevens R, et al. Development and external validation of a risk prediction model for falls in patients with an indication for antihypertensive treatment: retrospective cohort study. *Br Med J (Clinical research)*. 2022;379:e070918. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070918>

#### Вклад авторов

О. А. Антропова — разработка общей концепции, сбор, анализ и интерпретация данных, обоснование и написание рукописи; И. В. Осипова — редактирование текста, критическая оценка интеллектуального содержания рукописи, утверждение

текста рукописи; А. А. Молчанова — разработка общей концепции и дизайна исследования, критическая оценка интеллектуального содержания рукописи, принятие окончательного решения о готовности рукописи к публикации; К. А. Медведева — разработка общей концепции и дизайна исследования, критическая оценка интеллектуального содержания рукописи, принятие окончательного решения о готовности рукописи к публикации. Все авторы прочли, одобрили финальную версию и выразили согласие с подачей ее на рассмотрение в журнал, а также утвердили исправленную версию.

#### Author contributions

O. N. Antropova — concept, data collection, analysis and interpretation, writing — original draft, revision and editing; I. V. Osipova — critical assessment of the intellectual content, scientific guidance; A. A. Molchanova — concept, design and methodology, revision and editing, final decision of submission; K. A. Medvedeva — concept, design and methodology, revision and editing, final decision of submission. All authors have approved the final version of the manuscript and its submission to the journal, as well as the revised version.

#### Информация об авторах

Антропова Оксана Николаевна — доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры факультетской терапии и гериатрии ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-6233-7202>, e-mail: antropovaon@mail.ru;

Осипова Ирина Владимировна — доктор медицинских наук, заведующая кафедрой факультетской терапии и гериатрии ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-6845-6173>, e-mail: i.v.osipova@gmail.com;

Молчанова Анна Александровна — кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры факультетской терапии и гериатрии ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-5074-8373>, e-mail: anna2009-84@mail.ru;

Медведева Кристина Александровна — студентка ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул, Россия, <https://orcid.org/0009-0000-0704-651X>, e-mail: km707287@mail.ru.

#### Author information

Oxana N. Antropova, MD, PhD, DSc, Professor, Professor of the Department of Therapy and Geriatrics, Altai State Medical University, Barnaul, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-6233-7202>, e-mail: antropovaon@mail.ru;

Irina V. Osipova, MD, PhD, DSc, Head, Department of Therapy and Geriatrics, Altai State Medical University, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-6845-6173>, e-mail: i.v.osipova@gmail.com;

Anna A. Molchanova, MD, PhD, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Therapy and Geriatrics, Altai State Medical University, Barnaul, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-5074-8373>, e-mail: anna2009-84@mail.ru;

Kristina A. Medvedeva, Student, Altai State Medical University, Barnaul, Russia, <https://orcid.org/0009-0000-0704-651X>, e-mail: km707287@mail.ru.