



От имени Российского научного медицинского общества терапевтов

Современная медицинская наука и практика благодаря содружественной работе ученых, практических врачей и производителей лекарственных препаратов разработала эффективные методы лечения многих заболеваний. Однако недостаточная результативность методов, в первую очередь, определяется низкой приверженностью пациентов лечению. Более того, приверженность уменьшается с возрастом, что приводит к снижению качества жизни этих больных и преждевременной смерти.

Наши коллеги из Омского государственного медицинского университета под руководством д-ра мед. наук Н.А. Николаева проявили инициативу и подготовили основной материал для подготовки согласительного документа по приверженности. В нем предложены принципиально новые подходы к определению степени соблюдения больными рекомендаций по приему лекарственных средств, соблюдению диеты и рекомендованной физической активности в соответствии с наличием тех или иных заболеваний.

С привлечением 58 составителей и экспертов, представляющих 35 медицинских вузов страны и 7 общественных профессиональных объединений, разработаны представленные межклинические рекомендации. Эксперты РНМОТ дали положительную оценку этой работе. Рекомендации обсуждены и утверждены на XIV Национальном конгрессе терапевтов (2019 г.). Значимость представленных межклинических рекомендаций определяется актуальностью проблемы и тем, что подобного документа ранее не было ни у нас, ни за рубежом. Полагаю, что этот документ будет воспринят врачами с интересом. Определение приверженности конкретного больного проводится с помощью разработанной авторами компьютерной программы* и занимает немного времени.

Мартынов Анатолий Иванович, президент Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ), академик Российской академии наук (РАН), д-р мед. наук, профессор
23.05.2020

*<http://www.prognoz-med.ru/#/>



Рекомендации

Управление лечением на основе приверженности

Согласительный документ – Междисциплинарные рекомендации

Российское научное медицинское общество терапевтов совместно с:

- Научным обществом гастроэнтерологов России
- Национальной ассоциацией по тромбозу и гемостазу
- Обществом доказательной неврологии
- Геронтологическим обществом при РАН
- Российским обществом онкогематологов
- Российским обществом фтизиатров

Н.А. Николаев^{5,21}, А.И. Мартынов², Ю.П. Скирденко¹, В.Н. Анисимов⁴, И.А. Васильева³⁵, О.И. Виноградов⁸, Л.Б. Лазебник², И.В. Поддубная⁶, Е.В. Ройтман^{5,29}, А.В. Ершов^{14–16}

от имени Рабочей группы и Комитета экспертов: Н.А. Николаев¹, А.И. Мартынов², Ю.П. Скирденко¹, Ф.Т. Агеев³, К.А. Андреев¹, В.Н. Анисимов⁴, Л.Г. Бабичева⁶, С.С. Бунова⁷, И.А. Васильева³⁵, И.А. Викторова¹, О.И. Виноградов⁸, И.А. Волчегорский⁹, П.А. Воробьев¹⁰, А.С. Галаявич¹¹, О.В. Гаус¹, В.Г. Гомберг¹², А.В. Горбенко¹, О.М. Драпкина¹³, А.В. Ершов^{14–16}, В.С. Задионченко², С.К. Зырянов¹⁷, Р.С. Карпов^{18,19}, Ж.Д. Кобалава^{17,20}, С.В. Колбасников²¹, К.О. Кондратьева⁴, А.О. Конради²², Л.Б. Лазебник², М.А. Ливзан¹, А.Г. Малявин², В.Ю. Мареев²⁰, И.В. Медведева²³, Н.Б. Михайлова^{24,25}, С.В. Моисеев¹⁵, О.Л. Морозова¹⁵, Д.А. Напалков¹⁵, А.О. Недошин²², А.В. Нелидова¹, Г.И. Нечаева¹, В.С. Никифоров²⁶, А.В. Писклаков¹, И.В. Поддубная⁶, С.В. Попов¹⁸, В.В. Птушкин²⁷, А.П. Ребров²⁸, Е.В. Ройтман^{5,29}, Р.И. Сайфутдинов³⁰, Т.Ю. Семиглазова⁴, В.И. Совалкин¹, Н.В. Советкина¹², В.П. Терентьев³¹, Г.Ф. Тотчиев¹⁷, Г.С. Тумян^{6,32}, В.П. Тюрин⁸, М.М. Федорин¹, Т.В. Фофанова³, Р.Н. Шепель¹³, А.В. Ягода³³, С.С. Якушин³⁴

¹ФГБОУ ВО «Омский медицинский государственный университет» Минздрава России, Омск, Россия;

²ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия;

³ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России, Москва, Россия;

⁴ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;

⁵ФГАУ ВО «Российский государственный национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;

⁶ФГБОУ ВПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия;

⁷ФГАУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Белгород, Россия;

⁸ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;

⁹ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск, Россия;

¹⁰ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств», Москва, Россия;

¹¹ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия;

¹²СПб ГБУЗ «Городской гериатрический медико-социальный центр», Санкт-Петербург, Россия;

¹³ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия;

¹⁴ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

¹⁵ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», Москва, Россия;

¹⁶ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва, Россия;

¹⁷ФГАУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия;

¹⁸ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр» Российской академии наук, Томск, Россия;

¹⁹ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск, Россия;

- ²⁰ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Москва, Россия;
- ²¹ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Россия;
- ²²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;
- ²³ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Тюмень, Россия;
- ²⁴Научно-исследовательский институт детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;
- ²⁵ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;
- ²⁶ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.М. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;
- ²⁷ГБУЗГМ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина», Москва, Россия;
- ²⁸ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского», Саратов, Россия;
- ²⁹ФГБНУ «Научный центр неврологии», Москва, Россия;
- ³⁰ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, Оренбург, Россия;
- ³¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов, Россия;
- ³²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия;
- ³³ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия;
- ³⁴ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Рязань, Россия;
- ³⁵ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Минздрава России, Москва, Россия
- ✉ med@omsk-osma.ru

Аннотация

Согласительный документ – Междисциплинарные рекомендации «Управление лечением на основе приверженности» разработан на основе Клинических рекомендаций Российского научного медицинского общества терапевтов, одобренных XIV Национальным конгрессом терапевтов (Москва, 20 ноября 2019 г.). Документ предназначен в первую очередь для оценки приверженности лекарственной терапии, модификации образа жизни и медицинскому сопровождению пациентов, нуждающихся в длительном или постоянном лечении. Под приверженностью лечению авторы документа консолидировано рассматривают соответствие поведения больного относительно рекомендаций, полученных от врача, в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни. Недостаточная приверженность лечению является глобальной проблемой. Оценка приверженности в качестве основы принятия врачебных решений является критически важным звеном повышения качества системы здравоохранения. Прогнозы в отношении результатов и исходов лечения не могут быть признаны эффективными, если индивидуализированные уровни приверженности не используются для обоснования планирования и оценки проектов. В медицинской практике предпочтительна количественная оценка приверженности, универсальная для пациентов с различными заболеваниями и с возможностью автоматизированного ввода и обработки данных. Разделы, посвященные медицинским вмешательствам, основанным на оценке приверженности лечению, должны быть отражены в национальных клинических рекомендациях. На перечисленных положениях базируются настоящие Совместные рекомендации.

Ключевые слова: приверженность, количественная оценка, лекарственная терапия, медицинское сопровождение, модификация образа жизни, управление лечением.

Для цитирования: Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П. и др. Управление лечением на основе приверженности. Согласно документ – Междисциплинарные рекомендации РНМОТ, НОГР, НАТГ, ОДН, ГОРАН, РОО, РОФ. Consilium Medicum. 2020; 22 (5): 9–18. DOI: 10.26442/20751753.2020.5.200078

Guidelines

Management of treatment on the basis of adherence

Consensus document – Clinical recommendations

Russian Scientific Medical Society of Internal Medicine along with Scientific Society of Gastroenterologists of Russia, the National Association for Thrombosis and Hemostasis, the Society of Evidence-Based Neurology, the Gerontological Society of the Russian Academy of Sciences, the Russian Society of Hematologists, and the Russian Society of Phthisiologists.

N.A. Nikolaev^{20,1}, A.I. Martynov², Iu.P. Skirdenko¹, V.N. Anisimov⁴, I.A. Vasil'eva³⁵, O.I. Vinogradov⁸, L.B. Lazebnik², I.V. Poddubnaya⁶, E.V. Roitman^{5,29}, A.V. Ershov¹⁴⁻¹⁶

on behalf of the Working Group and the Committee of Experts: N.A. Nikolaev¹, A.I. Martynov², Iu.P. Skirdenko¹, F.T. Ageev³, K.A. Andreev¹, V.N. Anisimov⁴, L.G. Babicheva⁵, S.S. Bunova⁷, I.A. Vasil'eva³⁵, I.A. Viktorova¹, O.I. Vinogradov⁸, I.A. Volchegorskii⁹, P.A. Vorob'ev¹⁰, A.S. Galiavich¹¹, O.V. Gaus¹, V.G. Gomberg¹², A.V. Gorbenko¹, O.M. Drapkina¹³, A.V. Ershov¹⁴⁻¹⁶, V.S. Zadionchenko², S.K. Zyrianov¹⁷, R.S. Karpov^{18,19}, Zh.D. Kobalava^{17,20}, S.V. Kolbasnikov²¹, K.O. Kondrat'eva⁴, A.O. Konradi²², L.B. Lazebnik², M.A. Livzan¹, A.G. Maliavin², V.Iu. Mareev²⁰, I.V. Medvedeva²³, N.B. Mikhailova^{24,25}, S.V. Moiseev¹⁵, O.L. Morozova⁶, D.A. Napalkov¹⁵, A.O. Nedoshivin²², A.V. Nelidova¹, G.I. Nechaeva¹, V.S. Nikiforov²⁶, A.V. Pisklakov¹, I.V. Poddubnaya⁶, S.V. Popov¹⁸, V.V. Ptushkin²⁷, A.P. Rebrov²⁸, E.V. Roitman^{5,29}, R.I. Saifutdinov³⁰, T.Iu. Semiglazova⁴, V.I. Sovalkin¹, N.V. Sovetkina¹², V.P. Terent'ev³¹, G.F. Totchiev¹⁷, G.S. Tumian^{5,32}, V.P. Tiurin⁸, M.M. Fedorin¹, T.V. Fofanova³, R.N. Shepel¹¹³, A.V. Iagoda³³, S.S. Iakushin³⁴

¹Omsk State Medical University, Omsk, Russia;

²Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia;

³National Research Center of Cardiology, Moscow, Russia;

⁴Petrov National Medical Research Center of Oncology, Saint Petersburg, Russia;

⁵Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia;

⁶Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russia;

⁷National Research University Belgorod State University, Belgorod, Russia;

⁸Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow, Russia;

⁹South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia;

¹⁰Moscow State University of Food Production, Moscow, Russia;

¹¹Kazan State Medical University, Kazan, Russia;

¹²City Geriatric Medico-Social Center, Saint Petersburg, Russia;

¹³National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia;

¹⁴Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia;

¹⁵Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitation, Moscow, Russia;

¹⁶Moscow State Pedagogical University, Moscow, Russia;

¹⁷Peoples Friendship University of Russia, Moscow, Russia;

¹⁸Tomsk National Research Medical Center, Tomsk, Russia;¹⁹Siberian State Medical University, Tomsk, Russia;²⁰Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia;²¹Tver State Medical University, Tver, Russia;²²Almazov National Medical Research Centre, Saint Petersburg, Russia;²³Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia;²⁴Gorbacheva Research Institute of Paediatric Oncology, Haematology and Transplantology, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia;²⁵Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia;²⁶Mechnikov North-Western State Medical University, Saint Petersburg, Russia;²⁷Botkin City Clinical Hospital, Moscow, Russia;²⁸Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia;²⁹Research Center of Neurology, Moscow, Russia;³⁰Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia;³¹Rostov State Medical University, Rostov, Russia;³²Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, Russia;³³Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia;³⁴Pavlov Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia;³⁵National Medical Research Centre of Phthisiopulmonology and Infectious Diseases, Moscow, Russia

✉ med@omsk-osma.ru

Abstract

Consensus Document "Management of treatment on the basis of adherence" developed by Russian Scientific Medical Society of Internal Medicine along based on clinical guidelines of Russian Scientific Medical Society of Internal Medicine approved the XIV National Congress of physicians (Moscow, 20 November, 2019). The document is intended primarily to assess adherence to drug therapy, lifestyle modification, and medical support for patients who need long-term or permanent treatment. By the adherence to treatment, the authors of the document consolidated the compliance of the patient's behavior with the recommendations received from the doctor regarding medication, diet and other measures of lifestyle change. Insufficient adherence to treatment is a global problem. Assessing adherence as a basis for making medical decisions is a critical part of improving the quality of the health system. Predictions of treatment outcomes cannot be considered effective if individualized levels of adherence are not used to justify project planning and evaluation. In medical practice, quantitative assessment of adherence is preferred, universal for patients with various diseases and with the possibility of automated data entry and processing. Sections on medical interventions based on assessment of treatment adherence should be reflected in national clinical guidelines. These Joint Recommendations are based on these provisions.

Key words: adherence, quantitative assessment, drug therapy, medical support, lifestyle modification, treatment management.

For citation: Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko Yu.P. et al. Management of treatment on the basis of adherence. Consensus document – Clinical recommendations. RSMSIM, SSGR, NATH, SEBN, GS RAS, RSH, RSP. Consilium Medicum. 2020; 22 (5): 9–18. DOI: 10.26442/20751753.2020.5.200078

Приверженность лечению: понятия и консолидированные положения

- (1) Под приверженностью лечению принято понимать степень соответствия поведения больного относительно рекомендаций, полученных от врача, в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни [1]. Оценка приверженности в качестве основы для последующего принятия врачебных решений является важным звеном повышения эффективности системы здравоохранения [2–4]. (Уровень доказательности: 2A)
- (2) Накапливается все больше доказательств, свидетельствующих, что приверженность лечению является намного более важным фактором, чем считалось раньше. Контроль терапии путем исследования проб крови и мочи на присутствие лекарственных препаратов демонстрирует очень низкий уровень лекарственной приверженности. Исследования, выполненные в общей популяции, показывают, что приверженность лечению, оцениваемая по регулярности обновления рецептов, у половины больных составляла менее 50% [5, 6]. (Уровень доказательности: 2A)
- (3) Прогнозы в отношении результатов и исходов лечения не могут быть признаны эффективными, если уровень приверженности лечению не используется для обоснования планирования и оценки проектов [7]. Оценка приверженности лечению позволяет избежать большого числа дорогостоящих обследований и процедур (включая интервенционное лечение), а также назначения ненужных лекарственных препаратов [8]. (Уровень доказательности: 2A)
- (4) Изменение приверженности лечению – непрерывный и динамичный процесс. Любая популяция пациентов может быть сегментирована в соответствии с уровнем готовности к выполнению рекомендаций [3, 4, 9–11]. (Уровень доказательности: 1B)
- (5) Исключительно важной задачей является оценка влияния терапевтических стратегий на приверженность

- лечению и терапевтическую инертность в циркулярных исследованиях, в условиях реальной клинической практики. Результаты таких исследований относительно влияния терапии (в том числе комбинированной) на приверженность лечению, контроль параметров и исходы были бы очень значимы, поскольку в классических рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ) при наличии мотивации клинического персонала и пациентов и тщательного контроля проводимого лечения сделать это крайне сложно [12]. (Уровень доказательности: 2A)
- (6) Оценка приверженности лечению до настоящего времени выполнена в относительно небольшом количестве исследований по сравнению с количеством исследований различных препаратов и режимов терапии. В связи с этим доказательств, свидетельствующих о том, что устойчивое повышение приверженности лекарственной терапии может быть достигнуто с помощью современных ресурсов, мало. Это связано прежде всего с небольшой продолжительностью большинства исследований, их гетерогенностью и безупречным дизайном. Смогут ли доступные технологии значимо и долгосрочно улучшать результаты терапии, должно быть показано в адекватно спланированных исследованиях, основанных на дизайне РКИ и циркулярной модели [13–15]. (Уровень доказательности: 2B)
 - (7) Управление лечением на основании выявленного индивидуального уровня приверженности либо управление приверженностью лечению может иметь большее влияние на здоровье населения, чем улучшение специфического медицинского лечения [3, 7, 16, 17]. (Уровень доказательности: 2A)
 - (8) Недостаточная приверженность лечению является глобальной проблемой современной медицины [1, 7]. Приверженность лечению больных, страдающих хроническими заболеваниями, является одним из важнейших факторов, обеспечивающих качество терапии и непо-

- средственно влияющих на прогноз [18–21]. (Уровень доказательности: 2A)
- (9) Все больше данных свидетельствует о том, что низкая приверженность лечению помимо врачебной инертности (отсутствие изменений в лекарственной терапии при недостижении контролируемого результата) является ведущей причиной неадекватного лечения [22–24]. (Уровень доказательности: 2A)
- (10) Абсолютная приверженность лечению, т.е. стабильная на протяжении продолжительного либо неограниченного периода времени, при которой пациент точно соблюдает все медицинские рекомендации, регистрируется только в отдельных РКИ и циркулярных исследованиях и не является типичной для реальной медицинской практики [7, 25]. (Уровень доказательности: 2A)
- (11) Общая приверженность лечению и ее отдельные составляющие могут быть прогнозируемы с достаточной степенью точности, на основе постоянно расширяющегося перечня предикторов и средств оценки и измерения приверженности [3, 4, 9, 13, 14, 26, 27]. (Уровень доказательности: 2A)
- (12) Все известные методы изучения приверженности лечению (как прямые, так и непрямые) обладают методологическими либо технологическими недостатками [7, 17, 26]. (Уровень доказательности: 1A)
- (13) Из основных методов оценки приверженности лечению (прямой вопрос; счет препаратов; измерение концентрации препаратов или их метаболитов в средах и биологических жидкостях организма человека; мониторинг визитов и вмешательств, электронное мониторирование; использование систем дистанционного контроля, анкетирование) наилучшим по соотношению трудозатраты/эффективность является анкетирование. Наиболее распространенный и рутинно применимый метод анкетирования – оценка приверженности лечению с помощью вопросников [1, 7]. (Уровень доказательности: 2B)
- (14) В медицинской практике предпочтительны вопросники, позволяющие исследовать приверженность лечению количественно, применимые универсально у больных с различными заболеваниями и имеющие возможность автоматизированного ввода и обработки данных [3, 4, 17]. (Уровень доказательности: 2A)
- (15) Ценность большинства стандартизированных вопросников невелика, тогда как другие методы, например, определение содержания препаратов в крови и моче, информативны, но не могут быть широко использованы [28–30]. Результаты применения вопросников нередко переоценивают приверженность лечению. Оценка приверженности лечению может стать лучше при появлении более дешевых и надежных методов выявления препаратов, которые можно применять в условиях повседневной практики [31]. Традиционное применение для оценки приверженности лечению вопросников «короткой шкалы» (например, MMAS-4, MMAS-8) несет серьезные ограничения в связи с высоким риском внесения пациентами заведомо ложных ответов (приводящих к существенному завышению результатов) [32–34] и, как следствие, низкой валидности тестов. В Российской Федерации единственным вопросником количественной оценки приверженности лечению по шкалам лекарственной терапии, медицинского сопровождения и модификации образа жизни, обладающим достаточным уровнем валидности и утвержденным в установленном порядке профессиональным общественным объединением, является КОП-25 [3, 4, 35]. (Уровень доказательности: 2B)
- (16) При оценке приверженности лекарственной терапии приемлемым может считаться уровень не менее 75%, а оптимальным – не менее 80% [36–39]. (Уровень доказательности: 2B)
- (17) Долгосрочная приверженность любому лечению низкая, вне зависимости от заболевания, и в большинстве случаев не превышает 50% от теоретически возможной. У большинства пациентов исходная приверженность лечению (или выполнению отдельных медицинских рекомендаций) с течением времени снижается [40–44] (Уровень доказательности: 1A)
- (18) Недостаточная приверженность лечению опасна серьезными последствиями и является самостоятельным фактором, ухудшающим прогноз [40, 45, 46]. Следствие недостаточной приверженности лекарственной терапии и модификации образа жизни – ухудшение течения заболеваний и их прогноза при одновременном увеличении стоимости лечения [6, 47–52]. Основным недостатком мероприятий по изменению образа жизни является низкая приверженность ему с течением времени [53, 54]. Глобальные последствия недостаточной приверженности лечению: ухудшение здоровья и увеличение общих расходов на здравоохранение; влияние недостаточной приверженности лечению – растут по мере роста бремени хронических заболеваний [7]. (Уровень доказательности: 2A)
- (19) Мероприятия, направленные на повышение приверженности лечению, в краткосрочной и среднесрочной перспективе обеспечивают значительную положительную отдачу инвестиций в первичную и вторичную профилактику. Вместе с тем специальные образовательные программы, направленные на повышение приверженности лечению, с течением времени снижают свою эффективность и в отдаленной перспективе малоэффективны или неэффективны [7, 25]. (Уровень доказательности: 2A)
- (20) При хронических соматических заболеваниях доля больных, не приверженных лечению, составляет 20–60% [49, 55–57]. (Уровень доказательности: 2B)
- (21) При сердечно-сосудистых заболеваниях достаточная приверженность лекарственной терапии по сравнению с недостаточной уменьшает риск развития сердечно-сосудистых событий на 20%, а риск летальных исходов от любого заболевания – на 35–40% [58]. (Уровень доказательности: 1A)
- (22) Преждевременная отмена лекарственной терапии и неадекватное следование рекомендациям являются наиболее частыми проявлениями низкой приверженности лечению. Более 30% пациентов самостоятельно отменяют назначенную терапию через 6 месяцев, а через 1 год – более 50% пациентов [59]. В течение последующих 12 месяцев после перенесенного коронарного события самостоятельно прекращают рекомендованную терапию 30%, а при артериальной гипертензии – более 60% пациентов, при этом половина из них в качестве главных причин указывают опасения «привыкания» (формирования зависимости) и прямого «вреда» от проводимой терапии [50, 55, 60]. Низкая приверженность назначенной терапии является частой причиной псевдорезистентности, которая выявляется у 50% пациентов при обследовании с помощью лабораторного мониторирования приема препаратов [61–63]. (Уровень доказательности: 2A)
- (23) Предикторами достаточной приверженности лечению являются высшее образование [41], наличие группы инвалидности [64], старший возраст [39, 65, 66] и кратность приема препаратов. Однократный прием препаратов (в том числе в форме фиксированной комбинации) сопровождается значимо большей приверженностью лекарственной терапии, чем двукратный и многократный [67]. Максимальная приверженность лекарственной терапии больных с хроническими соматическими заболеваниями отмечается при однократном приеме препаратов [68, 69]. (Уровень доказательности: 1A)

- (24) Предикторами недостаточной приверженности лечению являются сложная или неудобная схема приема препаратов [40], увеличение стажа заболевания, ограниченность (недостаток) финансовых средств, недоверие врачу, недооценка тяжести состояния, отсутствие веры в успех лечения [64, 70–72], страх перед нежелательными эффектами лечения, низкий уровень образования, злоупотребление алкоголем [26, 64, 73, 74], хорошее самочувствие [75–77]. Хронические соматические заболевания без яркой симптоматики – предикторы недостаточной приверженности лекарственной терапии [34]. (Уровень доказательности: 2A)
- (25) У пожилых пациентов российской популяции ведущей причиной низкой приверженности лекарственной терапии являются развитие нежелательных эффектов и страх таковых [67]. (Уровень доказательности: 1A)
- (26) Степень приверженности лечению находится в обратной зависимости от сложности назначенного режима лечения. На приверженность лечению оказывает существенное влияние количество таблеток, назначенных пациенту в связи с проводимой терапией. Современные исследования свидетельствуют, что доля пациентов с низкой приверженностью лекарственной терапии, составляя менее 10% при назначении одной таблетки, увеличивалась до 20% при назначении двух таблеток, до 40% – при приеме трех таблеток и становилась крайне значительной, вплоть до полного отказа от лечения, если больному было назначено пять или более таблеток [13, 14, 61]. (Уровень доказательности: 2A)
- (27) Повышению приверженности лечению способствуют адаптация приема препаратов к привычкам пациента [78], предоставление доступных алгоритмов самоконтроля [79], использование специальных упаковок для дозирования препаратов, проведение мотивационных бесед, обеспечение передачи телеметрической информации из дома пациента, а также улучшение интеграции работников системы здравоохранения с вовлечением в процесс фармацевтов и медицинских сестер, при этом лучший результат дает сочетание этих способов [80, 81]. При лечении крайне важно применять адекватные терапевтические режимы, минимизируя нежелательные эффекты и используя препараты с однократным применением в течение суток, предпочтительно в виде фиксированных комбинаций [13, 14, 30, 82, 83]. (Уровень доказательности: 2A)
- (28) Несмотря на имеющиеся доказательства обратного, по-прежнему сохраняется тенденция к сосредоточению внимания на поиске проблем приверженности лечению, связанных только с пациентами, при относительном пренебрежении факторами, связанными с поставщиком услуг и системой здравоохранения [2, 7, 46, 65, 84, 85]. Отсутствие соответствия между готовностью лечиться – со стороны пациента и готовностью лечить – со стороны практикующего врача приводит к тому, что лечение часто назначают пациентам, которые не готовы следовать предложенному объему врачебных рекомендаций [11, 17, 86]. Стратегической целью системы качества в отношении приверженности лечению должна быть постоянная готовность медицинских работников к оценке у пациента приверженности лечению и предоставлению учитывающих это рекомендаций [10, 17]. (Уровень доказательности: 2B)

Критерии количественной оценки приверженности лечению

Значение показателя приверженности лечению: более 75%. Уровень приверженности лечению: «высокий». Оценка эффективности вмешательств: медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентов выполняться будут или скорее будут. (Уровень доказательности: 2B)

Значение показателя приверженности лечению: 50–75%. Уровень приверженности лечению: «средний». Оценка эффективности вмешательств: медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентов выполняться скорее будут, чем не будут. (Уровень доказательности: 2B)

Значение показателя приверженности лечению: менее 50%. Уровень приверженности лечению: «низкий». Оценка эффективности вмешательств: медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентов выполняться скорее не будут или не будут. (Уровень доказательности: 2B)

Комментарии. Критерии предназначены для вопросников количественной оценки приверженности лечению, включающих возможность одновременного определения приверженности по шкалам лекарственной терапии, медицинского сопровождения, модификации образа жизни и интегральной приверженности лечению [3, 4, 35]. При заболеваниях и состояниях, требующих длительной (постоянной) лекарственной терапии и/или медицинского сопровождения, в качестве приемлемого (достаточного) следует интерпретировать только количественно измеренный показатель приверженности, превышающий 75% от максимально возможного [36–39]. Иные полученные значения показателя по любой измеряемой шкале следует расценивать как недостаточные, поскольку это свидетельствует о высоком риске невыполнения действий пациентов, связанных с соответствующими медицинскими рекомендациями.

Прогноз эффективности медицинских вмешательств в зависимости от уровня приверженности лечению

Для прогноза эффективности медицинских вмешательств значения приверженности, полученные по соответствующей шкале у конкретного пациента, соотносят с диапазоном значений соответствующего уровня приверженности, определяя приверженность как высокую, среднюю или низкую. Выявленный уровень приверженности свидетельствует о наиболее вероятном варианте прогноза эффективности вмешательства. Указанное не исключает, что в отдельных случаях индивидуальные особенности конкретного респондента или неучтенные воздействия могут повлиять на фактическую эффективность вмешательств [2, 7, 11, 14, 17, 65, 84–87]. (Уровень доказательности: 2A)

Ожидаемая эффективность отдельных вмешательств в зависимости от уровня приверженности лекарственной терапии

Прием одного лекарственного препарата (фиксированной комбинации препаратов) 1 раз в день: вмешательство будет выполнено полностью либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком и среднем уровне приверженности; вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено при низком уровне приверженности. (Уровень доказательности: 2B)

Прием одного лекарственного препарата (фиксированной комбинации препаратов) 2 раза в день: вмешательство будет выполнено полностью либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности; вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено при среднем уровне приверженности; вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью либо вмешательство будет не выполнено при низком уровне приверженности. (Уровень доказательности: 2B)

Прием одного лекарственного препарата (фиксированной комбинации препаратов) 3 раза в день либо чаще: вмешательство будет выполнено полностью либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не

Необходима коррекция привычной диеты и физических нагрузок; ограничения или отказа от нежелательных привычек не требуется: вмешательство будет выполнено полностью либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено, при высоком уровне приверженности; вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено, при среднем уровне приверженности; вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью либо вмешательство будет не выполнено при низком уровне приверженности. (Уровень доказательности: 2B)

Необходима коррекция привычной диеты или физических нагрузок; необходимо ограничение нежелательных привычек: вмешательство будет выполнено полностью либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено, при высоком уровне приверженности; вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности. (Уровень доказательности: 2B)

Необходимы коррекция привычной диеты и физических нагрузок; необходимо ограничение нежелательных привычек: вмешательство будет выполнено полностью либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено, при высоком уровне приверженности; вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности. (Уровень доказательности: 2B)

Необходима коррекция привычной диеты или физических нагрузок; необходим отказ от нежелательных привычек: вмешательство будет выполнено полностью либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено, при высоком уровне приверженности; вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности. (Уровень доказательности: 2B)

Необходимы коррекция привычной диеты и физических нагрузок; необходим отказ от нежелательных привычек: вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено, при высоком уровне приверженности; вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности. (Уровень доказательности: 2B)

Управление лечением: выбор лечебной стратегии в зависимости от прогноза эффективности медицинских вмешательств

Управление лечением с учетом выявленных уровней приверженности у конкретного пациента направлено на достижение максимально возможного результата медицинских вмешательств.

Выбор лечебной стратегии с учетом уровня приверженности лекарственной терапии

Высокий уровень приверженности лекарственной терапии: регулярный прием лекарственных средств до трех раз в сутки включительно значительно не снижает готовность пациента к лечению; лекарственные средства можно назначать в виде фиксированных или нефиксированных комбинаций либо в их сочетании; количество препаратов значительно не влияет на готовность пациента к лечению. (Уровень доказательности: 2B)

Средний уровень приверженности лекарственной терапии: регулярный прием лекарственных средств более двух раз в сутки значительно снижает готовность пациента к их

приему; лекарственные средства можно назначать в виде фиксированных или нефиксированных комбинаций; одномоментное назначение трех и более лекарственных средств значительно снижает готовность пациента к лечению. (Уровень доказательности: 2B)

Низкий уровень приверженности лекарственной терапии: способность соблюдать регулярный прием лекарственных средств один или более раз в сутки сомнительна; рекомендация о регулярном приеме лекарственных средств, с частотой два раза или более в сутки, неэффективна; лекарственные средства следует назначать в виде одного препарата или фиксированной комбинации препаратов; одномоментное назначение нескольких препаратов значительно снижает готовность пациента к их приему; существует дополнительный риск развития нежелательных эффектов при приеме препаратов, требующих длительного титрования доз и/или обладающих «синдромом рикошета» («синдром отмены»). (Уровень доказательности: 2C)

Выбор лечебной стратегии с учетом уровня приверженности медицинскому сопровождению

Высокий уровень приверженности медицинскому сопровождению: рекомендации по самоконтролю пациентом состояния здоровья или его отдельных параметров эффективны; программу медицинского сопровождения следует основывать на оптимальной частоте плановых (в том числе профилактических) визитов, лабораторных и инструментальных исследований. (Уровень доказательности: 2B)

Средний уровень приверженности медицинскому сопровождению: рекомендации по самоконтролю пациентом состояния здоровья или его отдельных параметров умеренно эффективны или малоэффективны; программу медицинского сопровождения следует основывать на минимально необходимой частоте плановых офисных визитов, с ограничением выполняемых исследований по количеству. (Уровень доказательности: 2C)

Низкий уровень приверженности медицинскому сопровождению: рекомендации по самоконтролю пациентом состояния здоровья или его отдельных параметров малоэффективны или неэффективны; лекарственные средства следует назначать в виде одного препарата или фиксированной комбинации препаратов; одномоментное назначение нескольких препаратов значительно снижает готовность пациента к их приему; программу медицинского сопровождения следует основывать на обращениях «по требованию», связанных с изменением симптомов заболевания; профилактические визиты и визиты для планового обследования выполняться скорее не будут, чем будут, или не будут. (Уровень доказательности: 2C)

Выбор лечебной стратегии с учетом уровня приверженности модификации образа жизни

Высокий уровень приверженности модификации образа жизни: рекомендации по ограничению или отказу от нежелательных привычек (включая курение, употребление алкоголя, избыточное употребление пищи и т.д.) могут быть обширными и детализированными; рекомендации по коррекции привычной диеты (включая модификацию периодичности и структуры питания, отказ или уменьшение употребления отдельных продуктов и т.д.) и режима физических нагрузок (виды, частота, кратность) могут охватывать все стороны здоровья пациента. (Уровень доказательности: 2C)

Средний уровень приверженности модификации образа жизни: рекомендации по ограничению нежелательных привычек должны быть конкретными и лаконичными; рекомендации по полному отказу от таких привычек выполняться скорее не будут, чем будут, или не будут; рекомендации по коррекции привычной диеты, а также о видах, частоте и кратности физических нагрузок следует представлять в виде

конкретной лаконичной информации; указанные рекомендации в первую очередь должны относиться к заболеванию, наиболее значимому в отношении развития опасных осложнений, неблагоприятного прогрессирования или исхода. (Уровень доказательности: 2C)

Низкий уровень приверженности модификации образа жизни: рекомендации по ограничению нежелательных привычек целесообразно представлять в виде ограниченного перечня решений и действий, наиболее значимых для снижения жизнеугрожающего риска; полный или частичный отказ от нежелательных привычек маловероятен или невозможен; рекомендации по коррекции диеты и физических нагрузок должны быть конкретными и предельно краткими; общие рекомендации по коррекции привычной диеты и физических нагрузок неэффективны. (Уровень доказательности: 2C)

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is no conflict of interests.

Литература/References

- Geest S, Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2003; 2 (4): 323. DOI: 10.1016/S1474-5151(03)00091-4
- Алексеев В.Н., Малеванная О.А., Самих Е.Н. Причины низкой приверженности к лечению больных первичной открытоугольной глаукомой. Офтальмологические ведомости. 2010; 3 (4): 37–9. https://elibrary.ru/download/elibrary_15555091_58697945.pdf [Alekseev V.N., Malevannaya O.A., Samih E.N. The reasons of low adherence in primary open-angle glaucoma patients treatment. *Ophthalmological journal*. 2010; 3 (4): 37–9. Available from: https://elibrary.ru/download/elibrary_15555091_58697945.pdf (in Russian).]
- Моисеев С.В. Как улучшить приверженность к двойной антиромбоцитарной терапии после острого коронарного синдрома. Клиническая фармакология и терапия. 2011; 4 (20): 34–40. https://elibrary.ru/download/elibrary_22622404_71748330.pdf [Moisseev S.V. How to improve compliance to dual antithrombotic treatment after acute coronary syndrome? *Clin Pharmacol Ther* 2011; 20 (4): 34–40. https://elibrary.ru/download/elibrary_22622404_71748330.pdf (in Russian).]
- Николаев Н.А., Мартынов А.И., Бойцов С.А. и др. Первый Российский консенсус по количественной оценке результатов медицинских вмешательств. Мед. вестник Северного Кавказа. 2019; 2 (14): 283–301. DOI: 10.14300/mnnc.2019.14072 [Nikolaev N.A., Martynov A.I., Bojcov S.A. et al. The first Russian consensus on quantitative assessment of treatment outcome. *Medical news of North Caucasus* 2019; 2 (14): 283–301. DOI: 10.14300/mnnc.2019.14072 (in Russian).]
- Corrao G, Parodi A, Nicotra F et al. Better compliance to antihypertensive medications reduces cardiovascular risk. *J Hypertens* 2011; 29: 610–8. DOI: 10.1097/HJH.0b013e328342ca97
- Tiffe T, Wagner M, Rucker V et al. Control of cardiovascular risk factors and its determinants in the general population- findings from the STAAB cohort study. *BMC Cardiovasc Dis* 2017; 17: 276. DOI: 10.1186/s12872-017-0708-x
- World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, WHO 2003; 211. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>
- Berra E, Azizi M, Capron A et al. Evaluation of adherence should become an integral part of assessment of patients with apparently treatment-resistant hypertension. *Hypertension* 2016; 68: 297–306. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.116.07464
- Николаев Н.А. Пациентоориентированная антигипертензивная терапия: клинические рекомендации для практических врачей. Врач. 2016; 4: 82–5. <https://elibrary.ru/item.asp?id=25934065> [Nikolaev N.A. Patient-oriented antihypertensive therapy: clinical guidelines for the practitioner. *The Doctor*. 2016; 4: 82–5. <https://elibrary.ru/item.asp?id=25934065> (in Russian).]
- Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Вклад приверженности терапии антикоагулянтами в риск осложнений фибрилляции предсердий. Рос. кардиологический журнал. 2019; 2: 64–9. DOI: 10.15829/1560-4071-2019-2-64-69 [Skirdenko Yu.P., Nikolaev N.A. Contribution of anticoagulant therapy adherence to the risk of complications of atrial fibrillation. *Russian Journal of Cardiology*. 2019; 2: 64–9. DOI: 10.15829/1560-4071-2019-2-64-69 (in Russian).]
- Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Количественная оценка приверженности к лечению у больных фибрилляцией предсердий в условиях реальной клинической практики. Терапевтический архив. 2018; 90 (1): 17–21. DOI: 10.17116/terarkh201890117-21 [Skirdenko Ju.P., Nikolaev N.A. Quantitative assessment of adherence to treatment in patients with atrial fibrillation in real clinical practice. *Therapeutic Archive*. 2018; 90 (1): 17–21. DOI: 10.17116/terarkh201890117-21 (in Russian).]
- Mancia G, Rea F, Cuspidi C et al. Blood pressure control in hypertension. Pros and cons of available treatment strategies. *J Hypertens* 2017; 35: 225–33 DOI: 10.1097/HJH.0000000000001181
- Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: количественная оценка результата антигипертензивной терапии. М.: Академия естествознания, 2008. <https://elibrary.ru/item.asp?id=19544653> [Nikolaev N.A. Dokazatel'naya gipertenziologiya: kolichestvennaya ocenka rezul'tata antigipertenzivnoy terapii. M.: Akademiya estestvoznaniya, 2008. <https://elibrary.ru/item.asp?id=19544653> (in Russian).]
- Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: пациентоориентированная антигипертензивная терапия. М.: Академии естествознания, 2015. <https://elibrary.ru/item.asp?id=25268177> [Nikolaev N.A. Dokazatel'naya gipertenziologiya: pacientoorientirovannaya antigipertenzivnaya terapiya. M.: Akademii estestvoznaniya, 2015. <https://elibrary.ru/item.asp?id=25268177> (in Russian).]
- 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2018; 39: 3021–104. DOI: 10.1093/eurheartj/ehy339
- Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25). Клини. фармакология и терапия. 2018; 1 (27): 74–8. <https://clinpharm-journal.ru/files/articles/rossijskij-universalnyj-oprosnik-kolichestvennoj-otsenki-priverzhennosti-k-lecheniyu-kop-25.pdf> [Nikolayev N.A., Skirdenko Yu.P. Russian generic questionnaire for evaluation of compliance to drug therapy. *Clin Pharmacol Ther*. 2018; 27 (1): 74–8. <https://clinpharm-journal.ru/files/articles/rossijskij-universalnyj-oprosnik-kolichestvennoj-otsenki-priverzhennosti-k-lecheniyu-kop-25.pdf> (in Russian).]
- Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Вклад приверженности терапии антикоагулянтами в риск осложнений фибрилляции предсердий. Рос. кардиологический журнал. 2019; 24 (2): 64–9. DOI: 10.15829/1560-4071-2019-2-64-69 [Skirdenko Yu.P., Nikolaev N.A. Contribution of anticoagulant therapy adherence to the risk of complications of atrial fibrillation. *Russian Journal of Cardiology*. 2019; 24 (2): 64–9. DOI: 10.15829/1560-4071-2019-2-64-69 (in Russian).]
- Ickovics JR, Meisler AW. Adherence in AIDS clinical trials: a framework for clinical research and clinical care. *J Clin Epidemiol* 1997; 50 (4): 385–91. DOI: 10.1016/S0895-4356(97)00041-3
- Kastrissios H, Suárez JR, Hammer S, Katzenstein D et al. The extent of non-adherence in a large AIDS clinical trial using plasma dideoxynucleoside concentrations as a marker. *AIDS* 1998; 12 (17): 2305–11. https://journals.lww.com/aidsonline/fulltext/1998/17000/the_extent_of_non_adherence_in_a_large_aids.12.aspx
- Ротарь О.П., Толкунова К.М., Солнцев В.Н. и др. Приверженность к лечению и контроль артериальной гипертензии в рамках российской акции скрининга MMM19. Рос. кардиологический журнал. 2020; 25 (3): 98–108. DOI: 10.15829/1560-4071-2020-3-3745 [Rotar O.P., Tolkunova K.M., Solntsev V.N. et al. May Measurement Month 2019: adherence to treatment and hypertension control in Russia. *Russian Journal of Cardiology*. 2020; 25 (3): 3745. DOI: 10.15829/1560-4071-2020-3-3745 (in Russian).]
- Конради А.О. Значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний. Справочник поликлинического врача. 2007; 6: 8–11. [Konradi A.O. Znachenie priverzhennosti k terapii v lechenii kardiologicheskikh zabolevanij. *Handbook for Practitioners Doctors*. 2007; 6: 8–11. (in Russian).]
- Corrao G, Zambon A, Parodi A et al. Discontinuation of and changes in drug therapy for hypertension among newly-treated patients: a population-based study in Italy. *J Hypertens* 2008; 26: 819–24. DOI: 10.1097/HJH.0b013e3282f4edd7
- Gale NK, Greenfield S, Gill P et al. Patient and general practitioner attitudes to taking medication to prevent cardiovascular disease after receiving detailed information on risks and benefits of treatment: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2011; 12: 59. <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-12-59>
- Krousel-Wood M, Joyce C, Holt E et al. Predictors of decline in medication adherence: results from the cohort study of medication adherence among older adults. *Hypertension* 2011; 58: 804–10. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.111.176859
- Андреев К.А., Плиндер М.А., Сидоров Г.Г. и др. Основные тренды приверженности к лечению у кардиологических больных. Современные проблемы науки и образования. 2018; 3: 36–6. https://rae.ru/pdf/books/pno_volume_3.pdf [Andreev K.A., Plinder M.A., Sidorov G.G. et al. Osnovnye trendy priverzhennosti k lecheniyu u kardiologicheskikh bol'nykh. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2018; 3: 36–6. https://rae.ru/pdf/books/pno_volume_3.pdf (in Russian).]
- Skirdenko Ju.P., Zhrebilov VV, Nikolaev NA. Predictors of adherence to treatment in patients with atrial fibrillation. *Intern J Appl Fundam Res* 2016; 5. www.science-sd.com/467-25081
- Ионов М.В., Звартай Н.Э., Дубинина Е.А. и др. Болезнь-специфичный опросник по исходам, сообщаемым пациентами с артериальной гипертензией. Ч. 3. Валидация, оценка надежности и чувствительности. Рос. кардиологический журнал. 2020; 25 (3): 109–20. DOI: 10.15829/1560-4071-2019-3438 [Ionov M.V., Zvartay N.E., Dubinina E.A. et al. Hypertension specific patient-reported outcome measure. Part 3. Validation, responsiveness and reliability assessment. *Russian Journal of Cardiology*. 2020; 25 (3): 3438. DOI: 10.15829/1560-4071-2019-3438 (in Russian).]
- Bakris GL, Lindholm LH, Black HR et al. Divergent results using clinic and ambulatory blood pressures: report of a darusentan-resistant hypertension trial. *Hypertension* 2010; 56: 824–30. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.110.156976

29. Laurent S, Schlaich M, Esler M. New drugs, procedures, and devices for hypertension. *Lancet* 2012; 380: 591–600. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60825-3
30. Vrijens B, Vincze G, Kristanto P et al. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ* 2008; 336: 1114–7. DOI: 10.1136/bmj.39553.670231.25
31. Burnier M. Managing “resistance”: is adherence a target for treatment? *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2014; 23: 439–43. DOI: 10.1097/MNH.0000000000000045
32. Жеребилов В.В., Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Гендерные особенности приверженности к лечению у больных стабильной стенокардией. *Международ. журнал экспериментального образования*. 2016; 4 (3): 509–10. <https://www.expeducation.ru/pdf/2016/4-3/9868.pdf> [Zherebilov V.V., Skirdenko Yu.P., Nikolaev N.A. Gendernye osobennosti priverzhenosti k lecheniyu u bol'nyh stabil'noy stenokardiey. *International Journal of Experimental Education*. 2016; 4 (3): 509–10. <https://www.expeducation.ru/pdf/2016/4-3/9868.pdf> (in Russian).]
33. Жиленко О.М., Кукенгемер В.С., Нейфельд М.С., Скирденко Ю.П. Приверженность к лечению у больных хронической сердечной недостаточностью. *Научное обозрение. Медицинские науки*. 2017; 5: 37–40. <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=1033> [Zhilenko O.M., Kukengemer V.S., Neifeld M.S., Skirdenko Yu.P. Priverzhenost' k lecheniyu u bol'nyh hronicheskoy serdechnoy nedostatochnostyu. *Nauchnoe obozrenie. Medicinskie nauki*. 2017; 5: 37–40. <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=1033> (in Russian).]
34. Лукина Ю.В., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Шкала Мориски-Грина: плюсы и минусы универсального теста, работа над ошибками. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2016; 12 (1): 63–5. DOI: 10.20996/1819-6446-2016-12-1-63-65 [Lukina Yu.V., Martsevich S.Yu., Kutishenko N.P. The Moriscos-Green scale: the pros and cons of universal test, correction of mistakes. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2016; 12 (1): 63–5. DOI: 10.20996/1819-6446-2016-12-1-63-65 (in Russian).]
35. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Жеребилов В.В. Количественная оценка приверженности к лечению в клинической медицине: протокол, процедура, интерпретация. *Качественная клиническая практика*. 2016; 1: 50–9. <https://elibrary.ru/item.asp?id=26375081> [Nikolayev N.A., Skirdenko Y.P., Zherebilov V.V. Quantitative assessment of adherence to treatment in clinical medicine: protocol, procedure, interpretation. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika*. 2016; 1: 50–9. <https://elibrary.ru/item.asp?id=26375081> (in Russian).]
36. Ефремова Е.В., Мензоров М.В., Сабитов И.А. Приверженность к лечению больных с хронической сердечной недостаточностью в условиях коморбидности. *Клин. медицина*. 2015; 9: 20–2. <https://cyberleninka.ru/article/n/priverzhenost-lecheniyu-bolnyh-s-hronicheskoy-serdechnoy-nedostatochnostyu-v-usloviyah-komorbidnosti> [Efremova E.V., Menzorov M.V., Sabitov I.A. Treatment compliance in patients with chronic heart failure and comorbidities. *Klin. med*. 2015; 93 (9): 20–4. <https://cyberleninka.ru/article/n/priverzhenost-lecheniyu-bolnyh-s-hronicheskoy-serdechnoy-nedostatochnostyu-v-usloviyah-komorbidnosti> (in Russian).]
37. Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation* 2009; 119 (23): 3028–35. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.768986
38. Hwang SL, Liao WC, Huang TY. Predictors of quality of life in patients with heart failure. *Jpn J Nurs Sci* 2014; 11 (4): 290–8.
39. Levine DA, Morgenstern LB, Langa KM et al. Recent trends in cost-related medication nonadherence among stroke survivors in the United States. *Ann Neurol* 2013; 73 (2): 180–8. DOI: 10.1002/ana.23823
40. Фофанова Т.В., Агеев Ф.Т., Смирнова М.Д. и др. Ответственный опросник приверженности терапии: апробация и применение в амбулаторной практике. *Системные гипертензии*. 2014; 11 (2): 13–6. https://con-med.ru/magazines/hypertension/hypertension-02-2014/otechestvennyy-oprosnik-priverzhenosti-terapii-aprobatsiya-i-primeneniye_v_ambulatornoy_praktike/ [Fofanova T.V., Ageev F.T., Smirnova M.D. et al. National questionnaire of treatment compliance: testing and application in outpatient practice. *System Hypertension*. 2014; 11 (2): 13–6. https://con-med.ru/magazines/hypertension/hypertension-02-2014/otechestvennyy-oprosnik-priverzhenosti-terapii-aprobatsiya-i-primeneniye_v_ambulatornoy_praktike/ (in Russian).]
41. Арабидзе Г.Г., Белоусов Ю.Б., Карпов Ю.А. Артериальная гипертензия. *Справочное руководство по диагностике и лечению*. М.: Ремедиум, 1999. [Arabidze G.G., Belousov Yu.B., Karpov Yu.A. Arterial'naya gipertoniya. *Spravochnoe rukovodstvo po diagnostike i lecheniyu*. Moscow: Remedium, 1999 (in Russian).]
42. Журавская Н.Ю. Изучение приверженности лекарственной терапии больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, перенесших мозговую инсульт. *Дис. ... канд. мед. наук*. М., 2015. [Zhuravskaya N.Yu. Izucheniye priverzhenosti lekarstvennoy terapii bol'nyh serdechno-sosudistymi zabolevaniyami, perenessih mozgovoy insult. *Dis. ... kand. med. nauk*. Moscow, 2015 (in Russian).]
43. Aliotta SL, Vlasnik Jon J, DeLor Bonnie. Enhancing Adherence to Long-Term Medical Therapy: A New Approach to Assessing and Treating Patients. *Advances Ther* 2004; 21 (4): 214–31. DOI: 10.1007/BF02850154
44. Chowdhury R, Khan H, Heydon E et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *Eur Heart J* 2013; 34 (38): 2940–8. DOI: 10.1093/eurheartj/ehd295
45. Driving Therapy Adherence for Improved Health Outcomes. A Manifesto for the European Elections 2019. http://www.seniorinternationalhealthassociation.org/wp-content/uploads/2015/05/SIHA_Manifesto_Booklet_Online-version_without-sign_spread.pdf
46. World Health Organization. Secondary prevention of non-communicable disease in low and middle-income countries through community-based and health service interventions. 2002. www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
47. McDonnell PJ, Jacobs MR. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *Ann Pharmacother* 2002; 36 (9): 1331–6. DOI: 10.1345/aph.1A333
48. Misdrhi D, Llorca PM, Lançon C, Bayle FJ. Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutic considerations and research implications. *Encephale* 2001; 28 (3): 266–72. <https://europepmc.org/article/med/12091789>
49. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353 (5): 487–97. DOI: 10.1056/nejm200511033531819
50. Rodgers PT, Ruffin DM. Medication nonadherence: Part II – A pilot study in patients with congestive heart failure. *Manag Care Interface* 1998; 11 (9): 67–9. <https://europepmc.org/article/med/10187590>
51. Schiff GD, Fung S, Speroff T, McNutt RA. Decompensated heart failure: symptoms, patterns of onset, and contributing factors. *Am J Med* 2003; 114 (8): 625–30. DOI: 10.1016/S0002-9343(03)00132-3
52. Senst BL, Achusim LE, Genest RP et al. Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network. *Am J Health Syst Pharm* 2001; 58 (12): 1126–32. DOI: 10.1093/ajhp/58.12.1126
53. Stevens VJ, Obarzanek E, Cook NR et al. Trials for the Hypertension Prevention Research G. Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the Trials of Hypertension Prevention, phase II. *Ann Intern Med* 2001; 134: 1–11. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.868.1085&rep=rep1&type=pdf>
54. Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA et al. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons: a randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). TONE Collaborative Research Group. *JAMA* 1998; 279: 839–46. DOI: 10.1001/jama.279.11.839
55. Пучиньян Н.Ф., Довгалецкий Я.П., Долотовская П.В., Фурман Н.В. Приверженность рекомендованной терапии больных, перенесших острый коронарный синдром, и риск развития сердечно-сосудистых осложнений в течение года после госпитализации. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2011; 5 (7): 567–73. DOI: 10.20996/1819-6446-2011-7-5-57-61 [Puchinyan N.F., Dovgalevskiy Ya.P., Dolotovskaya P.V., Furman N.V. The adherence to recommended therapy in patients after acute coronary syndrome, and risk of cardiovascular complications within a year after hospital admission. *Rational Pharmacother Card*. 2011; 7 (5): 567–73. DOI: 10.20996/1819-6446-2011-7-5-57-61 (in Russian).]
56. Claxton AJ, Cramer J, Pierce CA. Systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin Ther* 2001; 23 (8): 1296–310. DOI: 10.1016/S0149-2918(01)80109-0
57. Waeber B, Leonetti G, Kolloch R, McInnes GT. Compliance with aspirin or placebo in the Hypertension Optimal Treatment (HOT) study. *J Hypertens* 1999; 17 (7): 1041–5. https://journals.lww.com/jhypertension/Abstract/1999/17070/Compliance_with_aspirin_or_placebo_in_the_22.aspx
58. Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M et al. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation* 2009; 120 (16): 1598–605. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.830299
59. Naderi SH, Bestwick JP, Wald DS. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *Am J Med* 2012; 125: 882–7.e1. DOI: 10.1016/j.amjmed.2011.12.013
60. Benson J, Britten N. Patients' views about taking antihypertensive drugs: questionnaire study. *BMJ* 2003; 326 (7402): 1314–5. DOI: 10.1136/bmj.326.7402.1314
61. Gupta P, Patel P, Strauch B et al. Biochemical screening for nonadherence is associated with blood pressure reduction and improvement in adherence. *Hypertension* 2017; 70: 1042–8. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.09631
62. Jung O, Gechter JL, Wunder C et al. Resistant hypertension? Assessment of adherence by toxicological urine analysis. *J Hypertens* 2013; 31: 766–74. DOI: 10.1097/HJH.0b013e32835e2286
63. Tomaszewski M, White C, Patel P et al. High rates of non-adherence to antihypertensive treatment revealed by high-performance liquid chromatography tandem mass spectrometry (HP LC-MS/MS) urine analysis. *Heart* 2014; 100: 855–61. DOI: 10.1136/heartjnl-2013-305063
64. Хохлов А.Л., Лисенкова Л.А., Раков А.А. Анализ факторов, определяющих приверженность к антигипертензивной терапии. *Качественная клиническая практика*. 2003; 4: 59–66. <https://www.clinvest.ru/jour/article/view/301> [Hohlov A.L., Lisenkova L.A., Rakov A.A. Analiz faktorov, opredelyayushchih priverzhenost' k antigipertenzivnoy terapii. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika*. 2003; 4: 59–66. <https://www.clinvest.ru/jour/article/view/301> (in Russian).]
65. Birtwhistle RV, Godwin MS, Delva MD et al. Randomised equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners. *BMJ* 2004; 328 (7433): 204. DOI: 10.1136/bmj.37967.374063.EE
66. Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU), “Targeting Adherence”, May 2008. <https://www.pgeu.eu/en/policy/5-adherence.html>

67. Фесенко Э.В., Коновалов Я.С., Аксенов Д.В., Перелыгин К.В. Современные проблемы обеспечения приверженности пациентов пожилого возраста с сердечно-сосудистой патологией к фармакотерапии. Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина. Фармация. 2011; 22 (16/1): 95–9. https://elibrary.ru/download/elibrary_17439814_84905831.pdf [Fesenko E.V., Konovalov Ya.S., Aksenov D.V., Perelygin K.V. Sovremennye problemy obespecheniya priverzhennosti pacientov pozhilogo vozrasta s serdechno-sosudistoj patologiej k farmakoterapii. Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya Medicina. Farmaciya. 2011; 22 (16/1): 95–9. https://elibrary.ru/download/elibrary_17439814_84905831.pdf (in Russian).]
68. Coleman CI, Limone B, Sobieraj DM et al. Dosing frequency and medication adherence in chronic disease. *J Manag Care Pharm* 2012; 18 (7): 527–39. DOI: 10.18553/jmcp.2012.18.7.527
69. Schedlbauer A, Davies P, Fahey T. Interventions to improve adherence to lipid lowering medication. *Cochrane database Syst Rev* 2010; 3: CD004371. DOI: 10.1002/14651858.CD004371.pub2
70. Алексеева Т.С., Огарков М.Ю., Скрипченко А.Е., Янкин М.Ю. Факторы, влияющие на приверженность к модификации образа жизни в организованной популяции. Системные гипертензии. 2013; 10 (2): 19–22. https://con-med.ru/magazines/hypertension/hypertension-02-2013/factory_vliyayushchie_na_priverzhennost_k_modifikatsii_obraza_zhizni_v_organizovannoy_populyatsii/ [Alekseyeva T.S., Ogarkov M.Yu., Skripchenko A.E., Yankin M.Yu. Factors influencing compliance with lifestyle modification in an organized population. *Systemic Hypertension*. 2013; 10 (2): 19–22. https://con-med.ru/magazines/hypertension/hypertension-02-2013/factory_vliyayushchie_na_priverzhennost_k_modifikatsii_obraza_zhizni_v_organizovannoy_populyatsii/ (in Russian).]
71. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Драпкина О.М. и др. от имени Комитета экспертов. Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению. *Терапия*. 2018; 5: 11–32. DOI: 10.18565/therapy.2018.5.11-32 [Nikolaev N.A., Martynov A.I., Drapkina O.M. et al. The First Russian consensus on the quantitative assessment of the adherence to treatment. *Therapy*. 2018; 5: 11–32. DOI: 10.18565/therapy.2018.5.11-32 (in Russian).]
72. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Бунова С.С., Ершов А.В. Рациональная фармакотерапия в кардиологии: от рутинного контроля к эффективному управлению. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2017; 13 (5): 609–14. DOI: 10.20996/1819-6446-2017-13-5-609-614 [Nikolaev N.A., Skirdenko Y.P., Bunova S.S., Ershov A.V. Rational Pharmacotherapy in Cardiology: from Routine Control to Effective Management. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2017; 13 (5): 609–14. DOI: 10.20996/1819-6446-2017-13-5-609-614 (in Russian).]
73. Погосова Г.В. Улучшение приверженности к лечению артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца – ключевое снижение сердечно-сосудистой смертности. *Кардиология*. 2007; 3: 79–84. https://www.researchgate.net/profile/Nana-Goar-Pogosova/publication/6335831_Compliance_to_treatment_of_arterial_hypertension_and_ischemic_heart_disease_-_Key_condition_of_lowering_of_cardiovascular_mortality/links/5770d3d008ae6219474882ca/Compliance-to-treatment-of-arterial-hypertension-and-ischemic-heart-disease-Key-condition-of-lowering-of-cardiovascular-mortality.pdf [Pogosova G.V. Compliance to treatment of arterial hypertension and ischemic heart disease – Key condition of lowering of cardiovascular mortality. *Kardiologiya*. 2007; 3: 79–84. https://www.researchgate.net/profile/Nana-Goar-Pogosova/publication/6335831_Compliance_to_treatment_of_arterial_hypertension_and_ischemic_heart_disease_-_Key_condition_of_lowering_of_cardiovascular_mortality/links/5770d3d008ae6219474882ca/Compliance-to-treatment-of-arterial-hypertension-and-ischemic-heart-disease-Key-condition-of-lowering-of-cardiovascular-mortality.pdf (in Russian).]
74. Jokisalo E, Enlund H, Halonen P et al. Factors related to poor control of blood pressure with antihypertensive drug therapy. *Blood Press* 2003; 12 (1): 49–55. <https://europepmc.org/article/med/12699136>
75. Строкова Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Влияние внутренней картины болезни, копинг-стратегий и самоотношения пациенток, перенесших инфаркт миокарда, на регулярность и приверженность к длительной терапии ишемической болезни сердца. Современные исследования социальных проблем. 2012; 1: 1169–90. <file:///C:/Users/Usere/Downloads/vliyanie-vnutrenney-kartin-bolezni-kopiny-strategy-i-samoотношения-patsientok-perenessih-infarakt-miokardana-regulyarnost-i-priverzhennost-k-dlitelnoy-terapii-ishemicheskoy-bolezni-serdtsa.pdf> [Strokova E.V., Naumova E.A., Schwartz Yu.G. Influence of an internal picture of illness, coping-strategies and the self-relation of the patients after myocardial infarction on adherence to long treatment of coronary artery disease and its regularity. *Modern Studies of Social Issues*. 2012; 1: 1169–90. <file:///C:/Users/Usere/Downloads/vliyanie-vnutrenney-kartin-bolezni-kopiny-strategy-i-samoотношения-patsientok-perenessih-infarakt-miokardana-regulyarnost-i-priverzhennost-k-dlitelnoy-terapii-ishemicheskoy-bolezni-serdtsa.pdf> (in Russian).]
76. Строкова Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Динамика аффективных расстройств на фоне длительного приема аторвастатина, отношение к болезни и приверженность к лечению статином пациентов с высоким риском развития ИБС. *Современные проблемы науки и образования*. 2011; 6: 18. <https://science-education.ru/pdf/2011/6/69.pdf> [Strokova E.V., Naumova E.A., Shvarts Yu.G. Dynamics of affective disorders during long-term atorvastatin taking, patients relation to illness and adherence to statin therapy of patients with high risk of manifestation of coronary artery disease. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* 2011; 6: 18. <https://science-education.ru/pdf/2011/6/69.pdf> (in Russian).]
77. Тарасенко Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Приверженность к длительному лечению и факторы, на нее влияющие. *Фундаментальные исследования*. 2007; 9: 57–8. https://elibrary.ru/download/elibrary_12956141_66110970.pdf [Tarasenko E.V., Naumova E.A., Shvarts Yu.G. Priverzhennost' k dlitel'nomu lecheniyu i faktory na nee vliyayushchie. *Fundamental'nye issledovaniya*. 2007; 9: 57–8. https://elibrary.ru/download/elibrary_12956141_66110970.pdf (in Russian).]
78. Conn VS, Ruppert TM, Chase JA et al. Interventions to improve medication adherence in hypertensive patients: systematic review and meta-analysis. *Curr Hypertens Rep* 2015; 17: 94. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11906-015-0606-5>
79. Parati G, Ombroni S. Role of home blood pressure telemonitoring in hypertension management: an update. *Blood Press Monit* 2010; 15: 285–95. DOI: 10.1097/MBP.0b013e328340c5e4
80. Fletcher BR, Hartmann-Boyce J, Hinton L, McManus RJ. The effect of selfmonitoring of blood pressure on medication adherence and lifestyle factors: a systematic review and meta-analysis. *Am J Hypertens* 2015; 28: 1209–21. DOI: 10.1093/ajh/hpv008
81. Конради А.О., Полуничева Е.В. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертонии: причины и пути коррекции. *Артериальная гипертония*. 2004; 10 (3): 137–43. [Konradi A.O., Polunicheva E.V. Nedostatochnaya priverzhennost' k lecheniyu arterial'noj gipertenzii: prichiny i puti korrektsii. *Arterial'naya gipertenziya*. 2004; 10 (3): 137–43. (in Russian).]
82. Burnier M, Brede Y, Lowy A. Impact of prolonged antihypertensive duration of action on predicted clinical outcomes in imperfectly adherent patients: comparison of aliskiren, irbesartan and ramipril. *Int J Clin Pract* 2011; 65: 127–33. DOI: 10.1111/j.1742-1241.2010.02616.x
83. Lowy A, Munk VC, Ong SH et al. Effects on blood pressure and cardiovascular risk of variations in patients' adherence to prescribed antihypertensive drugs: role of duration of drug action. *Int J Clin Pract* 2011; 65: 41–53. DOI: 10.1111/j.1742-1241.2010.02569.x
84. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Драпкина О.М. и др. Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению: основные положения, алгоритмы и рекомендации. *Мед. вестник Северного Кавказа*. 2018; 1.2 (13): 259–71. DOI: 10.14300/mnnc.2019.14072 [Nikolaev N.A., Martynov A.I., Drapkina O.M. et al. The first Russian consensus on quantitative assessment of treatment outcome. *Medical news of North Caucasus*. 2018; 1.2 (13): 259–71. DOI: 10.14300/mnnc.2019.14072 (in Russian).]
85. Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Толпыгина С.Н. и др. Эффективность и безопасность лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. *Рекомендации ВНОК, 2011. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2011; Прил. 5:72. DOI: 10.20996/1819-6446-2011-7-5 [Marcevic S.Yu., Kutishenko N.P., Tolpygina S.N. et al. Effektivnost' i bezopasnost' lekarstvennoy terapii pri pervichnoj i vtorichnoj profilaktike serdechno-sosudistyh zabolevanij. *Rekomendacii VNOK, 2011. Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2011; 7 (5): 2–72. DOI: 10.20996/1819-6446-2011-7-5 (in Russian).]
86. Скирденко Ю.П., Шустов А.В., Жеребилов В.В., Николаев Н.А. Приверженность к лечению как новый фактор выбора оральных антикоагулянтов у носителей мутаций системы гемостаза больных фибрилляцией предсердий. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2016; 12 (5): 494–502. DOI: 10.20996/1819-6446-2016-12-5-494-502 [Skirdenko Y.P., Shustov A.V., Zherebilov V.V., Nikolayev N.A. Treatment Adherence as a New Choice Factor for Optimization of Oral Anticoagulation Therapy in Patients with Atrial Fibrillation and Hemostatic Gene Polymorphisms. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2016; 12 (5): 494–502. DOI: 10.20996/1819-6446-2016-12-5-494-502 (in Russian).]
87. Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Алгоритм выбора антикоагулянта для больных фибрилляцией предсердий. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2020; 16 (2): 199–205. DOI: 10.20996/1819-6446-2020-04-16 [Skirdenko Y.P., Nikolaev N.A. Algorithm for the Choice of Anticoagulant for Patients with Atrial Fibrillation. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2020; 16 (2): 199–205. DOI: 10.20996/1819-6446-2020-04-16 (in Russian).]