

© Коллектив авторов, 2020
УДК 616-08:611.1:615.03
DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2020.15109>
ISSN – 2073-8137

УПРАВЛЕНИЕ ЛЕЧЕНИЕМ НА ОСНОВЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ: АЛГОРИТМЫ РЕКОМЕНДАЦИЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Н. А. Николаев^{1*}, А. И. Мартынов², Ю. П. Скирденко¹, В. Н. Анисимов³, И. А. Васильева⁴, О. И. Виноградов⁵, Л. Б. Лазебник², И. В. Поддубная⁶, Е. В. Ройтман^{7,8}, Ф. Т. Агеев⁹, К. А. Андреев¹, Л. Г. Бабичева⁶, С. С. Бунова¹⁰, И. А. Викторова¹, И. А. Волчегорский¹¹, А. С. Гальявич¹², О. В. Гаус¹, В. Г. Гомберг¹³, А. В. Горбенко¹, О. М. Драпкина¹⁴, А. В. Ершов^{15,16}, С. К. Зырянов¹⁷, Р. С. Карпов^{18,19}, Ж. Д. Кобалава¹⁷, С. В. Колбасников²⁰, К. О. Кондратьева³, А. О. Конради²¹, М. А. Ливзан¹, А. Г. Малявин², В. Ю. Мареев²², И. В. Медведева²³, Н. Б. Михайлова²⁴, С. В. Моисеев¹⁵, О. Л. Морозова¹⁵, Д. А. Напалков¹⁵, А. О. Недошивин²¹, А. В. Нелидова^{1,25}, Г. И. Нечаева¹, В. С. Никифоров²⁶, А. В. Писклаков¹, С. В. Попов¹⁸, В. В. Птушкин^{27,28}, А. П. Ребров²⁹, Р. И. Сайфутдинов³⁰, Т. Ю. Семиглазова³, В. И. Совалкин¹, Н. В. Советкина¹³, В. П. Терентьев³¹, Г. Ф. Тотчиев¹⁷, Г. С. Тумян^{6,32}, М. М. Федорин¹, Т. В. Фофанова⁹, Р. Н. Шепель¹⁴, А. В. Ягода³³, С. С. Якушин³⁴ в составе междисциплинарной рабочей группы Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ), научного общества гастроэнтерологов России (НОГР), национальной ассоциации специалистов по тромбозам, клинической гемостазиологии и гемореологии (НАТГ), геронтологического общества при РАН (ГОРАН), Российского общества онкогематологов (РОО), Российского общества фтизиатров (РОФ), общества доказательной неврологии

¹ Омский государственный медицинский университет, Российская Федерация

² Московский государственный медицинский университет имени А. И. Евдокимова, Российская Федерация

³ Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н. Н. Петрова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

⁴ Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний, Москва, Российская Федерация

⁵ Национальный медико-хирургический центр имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

⁶ Российская медицинская академия непрерывного медицинского образования, Москва, Российская Федерация

⁷ Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова (Пироговский медицинский университет), Москва, Российская Федерация

⁸ Научный центр неврологии, Москва, Российская Федерация

⁹ Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии, Москва, Российская Федерация

¹⁰ Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Российская Федерация

¹¹ Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Российская Федерация

¹² Казанский государственный медицинский университет, Российская Федерация

¹³ Городской гериатрический медико-социальный центр, Санкт-Петербург, Российская Федерация

¹⁴ Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины, Москва, Российская Федерация

¹⁵ Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский Университет), Российская Федерация

¹⁶ Федеральное научно-клиническое учреждение здравоохранения «Центр реаниматологии и реабилитологии», Москва, Российская Федерация

¹⁷ Российский университет дружбы народов, Москва, Российская Федерация

¹⁸ Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Российская Федерация

¹⁹ Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Российская Федерация

²⁰ Тверской государственный медицинский университет, Российская Федерация

²¹ Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

²² Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова, Российская Федерация

²³ Тюменский государственный медицинский университет, Российская Федерация

²⁴ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, Российская Федерация

²⁵ Городской клинический кардиологический диспансер, Омск, Российская Федерация

²⁶ Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

²⁷ Городская клиническая больница имени С. П. Боткина, Москва, Российская Федерация

²⁸ Федеральное научно-клиническое учреждение здравоохранения «Центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева», Москва, Российская Федерация

²⁹ Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского, Российская Федерация

³⁰ Оренбургский государственный медицинский университет, Российская Федерация

- ³¹ Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Российская Федерация
³² Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н. Н. Блохина, Москва, Российская Федерация
³³ Ставропольский государственный медицинский университет, Российская Федерация
³⁴ Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, Российская Федерация

* Автор, ответственный за переписку: med@omgmu.ru, niknik.67@mail.ru; +79136782566. 644043, Омск, Красный Путь, 18 – 32)

TREATMENT MANAGEMENT BASED ON ADHERENCE: PATIENT RECOMMENDATION ALGORITHMS. CROSS-DISCIPLINARY GUIDELINES

Nikolaev N. A. ^{1*}, Martynov A. I. ², Skirdenko Yu. P. ¹, Anisimov V. N. ³, Vasilieva I. A. ⁴, Vinogradov O. I. ⁵, Lazebnik L. B. ², Poddubnaya I. V. ⁶, Roitman E. V. ^{7,8}, Ageev F. T. ⁹, Andreev K. A. ¹, Babicheva L. G. ⁶, Bunova S. S. ¹⁰, Viktorova I. A. ¹, Volchegorskiy I. A. ¹¹, Galyavich A. S. ¹², Gaus O. V. ¹, Gomborg V. G. ¹³, Gorbenko A. V. ¹, Drapkina O. M. ¹⁴, Ershov A. V. ^{15,16}, Zyryanov S. K. ¹⁷, Karpov R. S. ^{18,19}, Kobalava Zh. D. ¹⁷, Kolbasnikov S. V. ²⁰, Kondratyeva K. O. ³, Konradi A. O. ²¹, Livzan M. A. ¹, Malyavin A. G. ², Mareev V. Yu. ²², Medvedeva I. V. ²³, Mikhaylova N. B. ²⁴, Moiseev S. V. ¹⁵, Morozova O. L. ¹⁵, Napalkov D. A. ¹⁵, Nedoshivin A. O. ²¹, Nelidova A. V. ^{1,25}, Nechaeva G. I. ¹, Nikiforov V. S. ²⁶, Pisklakov A. V. ¹, Popov S. V. ¹⁸, Ptushkin V. V. ^{27,28}, Rebrov A. P. ²⁹, Sayfutdinov R. I. ³⁰, Semiglazova T. Yu. ³, Sovalkin V. I. ¹, Sovetkina N. V. ¹³, Terentiev V. P. ³¹, Totchiev G. F. ¹⁷, Tumyan G. S. ^{6,32}, Fedorin M. M. ¹, Fofanova T. V. ⁹, Shepel R. N. ¹⁴, Yagoda A. V. ³³, Yakushin S. S. ³⁴

Cross-disciplinary Working Group of the Russian Scientific Medical Society of Internal Medicine, Gastroenterological Scientific Society of Russia, National Association of experts in Thrombosis, Clinical Hemostasiology and Hemoreology, Gerontological Society of the Russian Academy of Sciences, Russian Oncohematologists Society, Russian Society of Phthisiatrists, Society of Evidence-based Neurology.

- ¹ Omsk State Medical University, Russian Federation
² A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Russian Federation
³ N. N. Petrov National Medical Research Center of Oncology, Saint Petersburg, Russian Federation
⁴ National Medical Research Center of Tuberculosis and Infectious Diseases, Moscow, Russian Federation
⁵ N. I. Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow, Russian Federation
⁶ Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russian Federation
⁷ N. I. Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov Medical University), Moscow, Russian Federation
⁸ Research Center of Neurology, Moscow, Russian Federation
⁹ National Medical Research Center of Cardiology, Moscow, Russian Federation
¹⁰ Belgorod National Research University, Russian Federation
¹¹ South-Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation
¹² Kazan State Medical University, Russian Federation
¹³ Medical-Social Geriatric Center, Saint Petersburg, Russian Federation
¹⁴ National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation
¹⁵ I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Russian Federation
¹⁶ V. A. Negovsky Research Institute of General Resuscitation, Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitation, Moscow, Russian Federation
¹⁷ Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russian Federation
¹⁸ Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences, Russian Federation
¹⁹ Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation
²⁰ Tver State Medical University, Russian Federation
²¹ V. A. Almazov National Medical Research Centre, Saint Petersburg, Russian Federation
²² M. V. Lomonosov Moscow State University, Russian Federation
²³ Tyumen State Medical University, Russian Federation
²⁴ I. P. Pavlov First State Medical University, Saint Petersburg, Russian Federation
²⁵ City Clinical Cardiology Hospital, Omsk, Russian Federation
²⁶ I. I. Mechnikov North-Western State Medical University, Saint Petersburg, Russian Federation
²⁷ S. P. Botkin City Clinical Hospital, Moscow, Russian Federation
²⁸ Dmitry Rogachev National Medical Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Moscow, Russian Federation
²⁹ V. I. Razumovsky Saratov State Medical University, Russian Federation
³⁰ Orenburg State Medical University, Russian Federation
³¹ Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russian Federation
³² N. N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, Russian Federation
³³ Stavropol State Medical University, Russian Federation
³⁴ I. P. Pavlov Ryazan State Medical University, Russian Federation

* For requests: med@omgmu.ru, niknik.67@mail.ru; +79136782566. 644043, Krasnyi Put str, 18 – 32, Omsk, Russian Federation.

Алгоритмы (примерные шаблоны) рекомендаций для пациентов, являющиеся неотъемлемой частью технологий управления лечением на основе приверженности, разработаны междисциплинарной Рабочей группой, координируемой секцией «Приверженность лечению» Российского медицинского общества терапевтов. В состав рабочей группы вошли лидеры мнений и эксперты в областях терапии, гастроэнтерологии, кардиологии, профилактической медицины, геронтологии, онкологии, гематологии, иммунологии, фтизиопульмонологии, инфекционных заболеваний, онкогематологии, неврологии, реаниматологии, реабилитологии и представители других специальностей, как привлеченные секцией РНМОТ, так и рекомендованные Научным обществом гастроэнтерологов России, Национальной ассоциацией специалистов по тромбозам, клинической гемостазиологии и гемореологии, Геронтологическим обществом при РАН, Российским обществом онкогематологов, Российским обществом фтизиатров и Обществом доказательной неврологии. В основу алгоритмов положены материалы «Первого российского консенсуса по количественной оценке приверженности лечению», одобренного XII Национальным конгрессом терапевтов (2017), и Клинических рекомендаций «Управление лечением на основе приверженности», одобренных XIV Национальным конгрессом терапевтов (2019), с учетом согласительного документа – Междисциплинарных рекомендаций РНМОТ, НОГР, НАТГ, ОДН, ГОРАН, РОО, РОФ «Управление лечением на основе приверженности» (2020). Алгоритмы лечебных стратегий рекомендуются Рабочей группой для использования в качестве основы для включения в соответствующие разделы клинических рекомендаций и клинических руководств, разрабатываемых профессиональными медицинскими сообществами, а также для использования врачами в медицинской практике.

Ключевые слова: приверженность лечению, количественная оценка, лечебные стратегии, рекомендации для пациентов

The algorithms (sample templates) of recommendations for patients, which are an integral part of adherence-based treatment management technologies, were developed by an interdisciplinary Working Group coordinated by the Treatment Adherence Section of the Russian Scientific Medical Society of Physicians. The Working Group includes opinion leaders and experts in the therapeutic, gastroenterology, cardiology, preventive medicine, gerontology, oncology, hematology, immunology, phthisiopulmonology, infectious diseases, oncohematology, neurology, intensive care, rehabilitation and other specialties, both involved by the section of RSMSIM, and recommended by the Gastroenterological Scientific Society of Russia, National Association of experts in Thrombosis, Clinical Hemostasiology and Hemorrhology, Gerontological Society of the Russian Academy of Sciences, Russian Oncohematologists Society, Russian Society of Phthisiatrists, Society of Evidence-based Neurology. The algorithms are based on the materials of «The First Russian Consensus on Quantitative Assessment of adherence to treatment», approved by the XII National Congress of Internal Medicine (2017) and Clinical Guidelines «Treatment Management on the Basis of adherence», approved by the XIV National Congress of Internal Medicine (2019), taking into account the Consenting Document – Interdisciplinary Guidelines of RSMSIM, GSSR, NATH, SEN, GSRAS, ROHS, RSP «Treatment Management on the Basis of Adherence» (2020). The algorithms of treatment strategies are recommended by the Working Group to be used as a basis for inclusion into relevant sections of clinical guidelines and clinical handbooks developed by professional medical communities, as well as for use by practitioners in medical practice.

Keywords: adherence to treatment, quantitative assessment, treatment strategies, recommendations for patients

Для цитирования: Николаев Н. А., Мартынов А. И., Скирденко Ю. П., Анисимов В. Н., Васильева И. А. и др. УПРАВЛЕНИЕ ЛЕЧЕНИЕМ НА ОСНОВЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ: АЛГОРИТМЫ РЕКОМЕНДАЦИЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2020;15(4):461-468. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2020.15109>

For citation: Nikolaev N. A., Martynov A. I., Skirdenko Yu. P., Anisimov V. N., Vasilieva I. A. et al. TREATMENT MANAGEMENT BASED ON ADHERENCE: PATIENT RECOMMENDATION ALGORITHMS. CROSS-DISCIPLINARY GUIDELINES. *Medical News of North Caucasus*. 2020;15(4):461-468. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2020.15109> (In Russ.)

ВВЕДЕНИЕ

С каждым днём накапливается все больше доказательств, свидетельствующих, что приверженность лечению является одним из важнейших факторов успеха терапии, при этом, по данным популяционных исследований, достаточной приверженностью обладают не более половины пациентов [1–3]. Исходная приверженность лечению с течением времени снижается у большинства пациентов. Вне зависимости от заболевания долгосрочная приверженность любому лечению низкая и в большинстве случаев не превышает 50 % от теоретически возможной, что совершенно недостаточно для поддержания эффективной терапии. При хронических соматических заболеваниях доля не приверженных лечению больных составляет 20–60 % [4–11].

Недостаточная приверженность лечению является одной из ведущих причин неэффективной терапии и нежелательных исходов. Наиболее частыми её следствиями являются преждевременная отмена лекарственной терапии и неадекватное следование рекомендациям, при этом назначенную терапию самостоятельно отменяет в течение года каждый второй пациент [12–17].

Мероприятия, направленные на повышение приверженности, включая специальные образовательные программы, могут обеспечивать значительный краткосрочный и среднесрочный эффект. Вместе с тем с течением времени все они снижают свою эффективность и в отдаленной перспективе малоэффективны или не эффективны [11, 18].

Степень приверженности лечению находится в обратной зависимости от сложности назначенного режима лечения [19]. На приверженность лечению оказывает существенное влияние количество препаратов, назначенных пациенту в связи с проводимой терапией [20–22]. Повышению приверженности лечению способствуют адаптация приема препаратов к привычкам пациента, предоставление доступных алгоритмов самоконтроля, 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 [23–26].

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 [20, 21, 27–29]. Отсутствие оценки приверженности и её индивидуального учета приводит к тому, что лечение часто назначают пациентам в объеме, которому они не готовы следовать [30–32].

Управление лечением, базирующееся на оценке индивидуального уровня приверженности [26, 33, 34], может иметь большее влияние на здоровье пациента, чем другие вмешательства, включая модификацию специфической терапии [11, 30, 35, 36].

Основываясь на этих положениях, учитывая индивидуальность возможностей пациентов к самолечению и самоконтролю [37, 38], междисциплинарной рабочей группой разработаны алгоритмы рекомендаций с учетом уровня приверженности пациентов, включающие «оптимальные рекомендации» (основанные на научно обоснованных стандартах медицинской помощи при достаточной приверженности) и «основные рекомендации» (основанные на минимальных стандартах помощи в условиях недостаточной приверженности) [39].

КРИТЕРИИ 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).

Критерии предназначены для вопросников количественной оценки приверженности лечению, включающих возможность определения приверженности по шкалам лекарственной терапии, медицинского сопровождения, модификации образа жизни и интегральной приверженности лечению. В качестве базового вопросника количественной оценки приверженности лечению РНМОТ одобрен вопросник КОП-25 [26, 36, 38].

При заболеваниях и состояниях, требующих длительной (постоянной) лекарственной терапии и (или) медицинского сопровождения, в качестве приемлемого (достаточного) следует использовать только количественно измеренный показатель приверженности, превышающий 75 %. Любые меньшие значения показателя следует интерпретировать как недостаточные [26, 40].

АЛГОРИТМЫ ЛЕЧЕБНЫХ СТРАТЕГИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

Алгоритм лечебной стратегии с учётом приверженности лекарственной терапии

УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ	ХАРАКТЕРИСТИКА	РЕКОМЕНДАЦИЯ
Высокий (достаточный)	Регулярный приём лекарственных препаратов до трёх раз в сутки включительно, в том числе прием нескольких препаратов одновременно, значительно не снижает готовность пациента к лечению	Лекарственные препараты для регулярного приема целесообразно назначать до трех раз в сутки включительно в виде фиксированных или нефиксированных комбинаций либо в их сочетании; после подбора (коррекции) терапии целесообразен перевод на прием фиксированных комбинаций препаратов
Средний (недостаточный)	Регулярный приём лекарственных препаратов более двух раз в сутки и/или одновременный прием нескольких препаратов значительно снижает готовность пациента к лечению	Лекарственные препараты для регулярного приема целесообразно назначать не более двух раз в сутки в виде фиксированных или нефиксированных комбинаций либо в их сочетании; после подбора (коррекции) терапии предпочтителен перевод на прием фиксированных комбинаций препаратов, при этом общее количество одновременно принимаемых препаратов не должно превышать двух
Низкий (недостаточный)	Регулярный приём лекарственных препаратов, вне зависимости от количества одновременно принимаемых препаратов, значительно снижает готовность к лечению; рекомендация о регулярном приеме лекарственных средств с частотой два или более раз в сутки и/или одновременном приеме нескольких препаратов неэффективна	Лекарственные препараты для регулярного приема целесообразно назначать не более одного раза в сутки в виде фиксированных или нефиксированных комбинаций; после подбора (коррекции) терапии необходим перевод на прием фиксированной комбинации препаратов («1 таблетка в сутки»); в связи с высоким риском неэффективности лечения или развития осложнений нецелесообразно назначение препаратов, требующих длительного титрования или обладающих «синдромом отмены» при пропуске приема

Алгоритм лечебной стратегии с учётом приверженности медицинскому сопровождению

УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ	ХАРАКТЕРИСТИКА	РЕКОМЕНДАЦИЯ
Высокий (достаточный)	Рекомендации по самоконтролю пациентом состояния здоровья и его отдельных параметров эффективны	Программу медицинского сопровождения следует основывать на оптимальной частоте плановых визитов (включая профилактические мероприятия, школы пациентов и пр.), лабораторных и инструментальных исследований
Средний (недостаточный)	Рекомендации по самоконтролю пациентом состояния здоровья и 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 до минимально достаточного
Низкий (недостаточный)	Рекомендации по самоконтролю пациентом состояния здоровья или его отдельных параметров малоэффективны или не эффективны; профилактические визиты и визиты для планового обследования выполняться скорее не будут, чем будут	Программу медицинского сопровождения следует основывать на обращениях «по требованию», связанных с изменением симптомов заболевания, минимизировав плановые посещения и исследования

Алгоритм лечебной стратегии с учётом приверженности модификации образа жизни

УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ	ХАРАКТЕРИСТИКА	РЕКОМЕНДАЦИЯ
Высокий (достаточный)	Рекомендации по ограничению или отказу от нежелательных привычек (включая курение, употребление алкоголя, избыточное употребление пищи и т.д.) эффективны и 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 касаться всех сторон здоровья пациента
Средний (недостаточный)	Рекомендации по ограничению нежелательных привычек должны быть конкретными и лаконичными; полный или частичный отказ от таких привычек маловероятен	Рекомендации по коррекции привычной диеты, а также о видах, частоте и кратности физических нагрузок следует представлять в виде конкретной информации; такие рекомендации в первую очередь должны относиться к заболеванию, наиболее значимому в отношении развития опасных осложнений, неблагоприятного прогрессирования или исхода
Низкий (недостаточный)	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 следует расценивать как невозможный	Рекомендации по коррекции диеты и физических нагрузок должны быть конкретными и предельно краткими; обширные и детализированные рекомендации по коррекции привычной диеты и физических нагрузок нецелесообразны

ШАБЛОНЫ ПРИМЕРНЫХ ОБЩЕТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Примерные рекомендации для пациентов с высоким уровнем приверженности лекарственной терапии

При подавляющем числе заболеваний необходим постоянный приём лекарств. Все лекарства можно разделить на профилактические, которые не дают ухудшаться болезни или предупреждают её осложнения (например, аспирин или антикоагулянты не дают образовываться тромбам), и лечебные, которые борются с самой болезнью (например, прием бета-адреноблокаторов при ишемической болезни сердца снижает потребность сердца в кислороде, а инсулин помогает усвоить сахар при диабете). Для качественного лечения часто нужен приём и тех и других лекарств. Если у Вас несколько заболеваний, для лечения которых Вы принимаете лекарства, обязательно сообщайте об этом каждому врачу, к которому обращаетесь, так как при разных заболеваниях иногда применяются похожие средства, и при одновременном приёме они могут ухудшить самочувствие.

Примерные рекомендации для пациентов со средним уровнем приверженности лекарственной терапии

При многих заболеваниях необходим постоянный приём лекарств. Все лекарства можно разделить на профилактические, которые не дают ухудшаться болезни или предупреждают её осложнения (например, аспирин или антикоагулянты не дают образовываться тромбам), и лечебные, которые борются с самой болезнью (например, прием бета-адреноблокаторов при ишемической болезни сердца снижает потребность сердца в кислороде, а инсулин помогает усвоить сахар при диабете). Для качественного лечения часто нужен приём и тех и других лекарств. Обязательно уточните у врача, приём каких препаратов Вам категорически нельзя прерывать. Если Вы забываете регулярно принимать лекарства или у Вас не всегда есть такая возможность, обязательно предупредите об этом врача и просите его подобрать лекарства таким образом, чтобы принимать их один или два раза в день. Если у Вас несколько заболеваний, для лечения которых Вы принимаете лекарства, обязательно сообщайте об этом каждому врачу, к которому обращаетесь, так как при разных

заболеваниях иногда применяются похожие средства, которые при одновременном приёме могут ухудшить самочувствие.

Примерные рекомендации для пациентов с низким уровнем приверженности лекарственной терапии

При многих заболеваниях необходим постоянный приём лекарств. Все лекарства можно разделить на профилактические, которые не дают ухудшаться болезни или предупреждают её осложнения (например, аспирин или антикоагулянты не дают образовываться тромбам), и лечебные, которые борются с самой болезнью (например, прием бета-адреноблокаторов при ишемической болезни сердца снижает потребность сердца в кислороде, а инсулин помогает усвоить сахар при диабете). Для качественного лечения часто нужен приём и тех и других лекарств. Обязательно уточните у врача, какие лекарства Вам жизненно необходимы и приём каких препаратов категорически нельзя прерывать. Если Вы забываете регулярно принимать лекарства или у Вас не всегда есть такая возможность, обязательно предупредите об этом врача и просите его подобрать лекарства таким образом, чтобы принимать их только один раз в день. Если у Вас несколько заболеваний, для лечения которых Вы принимаете лекарства, обязательно сообщайте об этом каждому врачу, к которому обращаетесь, так как при разных заболеваниях иногда применяются похожие средства, которые при одновременном приёме могут ухудшить самочувствие.

Примерные рекомендации для пациентов с высоким уровнем приверженности медицинскому сопровождению

При хронических заболеваниях необходимы регулярное медицинское наблюдение и самоконтроль. Медицинское наблюдение включает осмотр врача, лабораторный контроль и инструментальное обследование. При этом некоторые исследования (например, такие как контроль уровня МНО на фоне приема варфарина или уровня сахара с помощью домашних тестов) можно выполнять самостоятельно. Уточните у врача, какие лабораторные анализы с какой частотой нужно делать, на какие показатели обращать внимание и при каком их изменении нужно обращаться за медицинской помощью. Согласуйте с врачом примерные сроки необходимого инструментального обследования и плановых визитов на прием. При визитах к врачу обязательно берите с собой результаты лабораторных и инструментальных исследований, в том числе выполненных по рекомендациям других специалистов.

Примерные рекомендации для пациентов со средним уровнем приверженности медицинскому сопровождению

При хронических заболеваниях необходимы регулярное медицинское наблюдение и самоконтроль. Медицинское наблюдение включает осмотр врача, лабораторный контроль и инструментальное обследование. При этом некоторые исследования (например, такие как контроль уровня МНО на фоне приема варфарина или уровня сахара с помощью домашних тестов) можно выполнять самостоятельно. Уточните у своего лечащего врача, какие лабораторные и инструментальные исследования и с какой периодичностью нужно делать и при каком их изменении следует обязательно обратиться за медицинской помощью. Уточните, какие исследования (например, изме-

нение давления, исследование сахара крови и другие) можно выполнять самостоятельно – это уменьшит количество обращений в поликлинику. При визитах к врачу обязательно берите с собой все результаты лабораторных и инструментальных исследований, в том числе выполненных по рекомендациям других специалистов.

Примерные рекомендации для пациентов с низким уровнем приверженности медицинскому сопровождению

При хронических заболеваниях необходимы регулярное медицинское наблюдение и самоконтроль. Медицинское наблюдение включает осмотр врача, лабораторный контроль и инструментальное обследование. При этом некоторые исследования (например, такие как контроль уровня МНО на фоне приема варфарина или уровня сахара с помощью домашних тестов) можно выполнять самостоятельно. Обязательно выясните у своего лечащего врача, какие лабораторные и инструментальные исследования и с какой периодичностью Вам наиболее необходимы для контроля состояния здоровья и при каком изменении показателей следует обязательно обратиться к врачу. Уточните, какие исследования (например, измерение давления, исследование сахара крови и другие) можно выполнять самостоятельно – это избавит Вас от большинства обращений в поликлинику. При визитах к врачу обязательно берите с собой все результаты лабораторных и инструментальных исследований, в том числе выполненных по рекомендациям других специалистов.

Примерные рекомендации для пациентов с высоким уровнем приверженности модификации образа жизни

При развитии хронических заболеваний часто следует изменить привычный образ жизни. Если в связи с таким заболеванием Вы наблюдаетесь у врача, попросите его дать подробные рекомендации по организации режима дня. Выясните, какие физические нагрузки полезны в вашем состоянии, а какие вредны. Если при вашем заболевании рекомендованы специальные физические упражнения или другие мероприятия – попросите врача рассказать о них, попросите их записать и в последующем выполнять. Если потребуется изменить привычную диету, подробно выясните, какие именно продукты и напитки должны преобладать в питании, а от каких лучше отказаться. Если у Вас повышен вес, Вы сможете, следуя рекомендациям врача, его нормализовать или существенно снизить. Также при необходимости Вы в состоянии существенно ограничить или полностью отказаться от нежелательных привычек – курения или избыточного употребления алкоголя.

Примерные рекомендации для пациентов со средним уровнем приверженности модификации образа жизни

При развитии хронических заболеваний часто следует изменить привычный образ жизни. Если в связи с таким заболеванием Вы наблюдаетесь у врача, попросите его дать конкретные рекомендации по организации режима дня. Выясните, какие физические нагрузки полезны в вашем состоянии, а какие вредны. Если при вашем заболевании рекомендованы специальные физические упражнения или другие мероприятия – выделите самое главное, чтобы сосредоточиться на этом и в последующем выполнять. Если потребуется изменить привычную диету, в первую очередь уточните, от каких

именно продуктов и напитков нужно обязательно отказаться или существенно их ограничить, и постарайтесь такие продукты и напитки не употреблять. Если у Вас повышен вес, посоветуйтесь с врачом, можно ли его снизить, и выясните у него, какие способы при Вашем заболевании будут наиболее эффективны. Несмотря на то что отказаться от нежелательных привычек (например, курения или избыточного употребления алкоголя) бывает трудно, это вполне возможно. При наличии таких привычек обсудите с врачом, какие из них для Вас наиболее опасны, выделите самую главную проблему и постарайтесь с ней справиться.

Примерные рекомендации для пациентов с низким уровнем приверженности модификации образа жизни

При развитии хронических заболеваний часто следует изменить привычный образ жизни. Если в связи с таким заболеванием Вы наблюдаетесь у врача, попро-

сите его рассказать, что в первую очередь необходимо сделать для того, чтобы Ваше заболевание не прогрессировало. Выделите самое важное в организации режима дня. Выясните, какие физические нагрузки для Вас наиболее вредны и опасны, и постарайтесь их избегать. Если потребуется изменить привычную диету, в первую очередь уточните, от каких именно продуктов и напитков нужно обязательно отказаться или существенно их ограничить, и постарайтесь такие продукты и напитки не употреблять. Если у Вас повышен вес, посоветуйтесь с врачом, можно ли попытаться его снизить, и выясните, какие способы при этом будут наиболее эффективны. Несмотря на то, что трудно отказываться от нежелательных привычек (например, курения или избыточного употребления алкоголя), это возможно. При такой необходимости обсудите с лечащим врачом, какие из этих привычек для Вас наиболее опасны, выделите самую главную проблему и постарайтесь с ней справиться.

Литература/References

1. Corrao G., Parodi A., Nicotra F., Zambon A., Merlino L. [et al.]. Better compliance to antihypertensive medications reduces cardiovascular risk. *J. Hypertens.* 2011;29:610-618. <https://doi.org/10.1097/hjh.0b013e328342ca97>
2. Geest S., Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2003;2(4):323. [https://doi.org/10.1016/s1474-5151\(03\)00091-4](https://doi.org/10.1016/s1474-5151(03)00091-4)
3. Tiffe T., Wagner M., Rucker V., Morbach C., Gelbrich G. [et al.]. Heuschmann PU. Control of cardiovascular risk factors and its determinants in the general population – findings from the STAAB cohort study. *BMC Cardiovasc. Disord.* 2017;17:276. <https://doi.org/10.1186/s12872-017-0708-x>
4. Арабидзе Г. Г., Белоусов Ю. Б., Карпов Ю. А. Артериальная гипертония. 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. M.: «Remedium», 1999. (In Russ.).]
5. Журавская Н. Ю. Изучение приверженности лекарственной терапии больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, перенесших мозговой инсульт. Дис. ... канд. мед. наук. Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины. М., 2015. [Zhuravskaya N. Yu. Izucheniye priverzhennosti lekarstvennoy terapii bol'nyh serdechno-sosudistymi zabolevaniyami, perenesshih mozgovoy insul't. Dis. ... kand. med. nauk. Gosudarstvennyy nauchno-issledovatel'skiy centr profilakticheskoy mediciny. M., 2015. (In Russ.).]
6. 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;7(5):567-573. [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. *Ratsionalnaya farmakoterapiya v kardiologii.* – *Rational Pharmacotherapy in Cardiology.* 2011;7(5):567-573. (In Russ.).]
7. Aliotta S. L., Vlasnik J. J., DeLor Bonnie. Enhancing Adherence to Long-Term Medical Therapy: A New Approach to Assessing and Treating Patients. *Adv. Ther.* 2004;21(4):214-231. <https://doi.org/10.1007/BF02850154>
8. Chowdhury R., Khan H., Heydon E., Shroufi A., Fahimi S. [et al.]. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *Eur. Heart J.* 2013;34(38):2940-2948. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/eh295>
9. Claxton A. J., Cramer J., Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin. Ther.* 2001;23(8):1296-1310. [https://doi.org/10.1016/s0149-2918\(01\)80109-0](https://doi.org/10.1016/s0149-2918(01)80109-0)
10. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to Medication. *New Engl. J. Med.* 2005;353(5):487-497. <https://doi.org/10.1056/NEJMr050100>
11. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO, Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, WHO, 2003:1-211.
12. 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):609-614. [Nikolaev N. A., Skirdenko Yu. P., Bunova S. S., Ershov A. V. Rational Pharmacotherapy in Cardiology: from Routine Control to Effective Management. *Ratsionalnaya farmakoterapiya v kardiologii.* – *Rational Pharmacotherapy in Cardiology.* 2017;13(5):609-614. (In Russ.).] <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2017-13-5-609-614>
13. Скирденко Ю. П., Николаев Н. А. Вклад приверженности терапии антикоагулянтами в риск осложнений фибрилляции предсердий. *Российский кардиологический журнал.* 2019;(2):64-69. [Skirdenko Yu. P., Nikolaev N. A. Contribution of anticoagulant therapy adherence to the risk of complications of atrial fibrillation. *Rossyskiy kardiologicheskiy zhurnal.* – *Russian Journal of Cardiology.* 2019;(2):64-69. (In Russ.).] <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2019-2-64-69>
14. Corrao G., Zambon A., Parodi A., Poluzzi E., Baldi I. [et al.]. Discontinuation of and changes in drug therapy for hypertension among newly-treated patients: a population-based study in Italy. *J. Hypertens.* 2008;26:819-824. <https://doi.org/10.1097/hjh.0b013e3282f4edd7>
15. Gale N. K., Greenfield S., Gill P., Gutridge K., Marshall T. 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://doi.org/10.1186/1471-2296-12-59>
16. Krousel-Wood M., Joyce C., Holt E., Muntner P., Weber L. S. [et al.]. Predictors of decline in medication adherence: results from the cohort study of medication adherence among older adults. *Hypertension.* 2011;58:804-810. <https://doi.org/10.1161/hypertensionaha.111.176859>
17. Naderi S. H., Bestwick J. P., Wald D. S. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: Meta-analysis on 376,162 patients. *Am. J. Med.* 2012;125(9):882-887. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2011.12.013>
18. Андреев К. А., Плиндер М. И., Сидоров Г. Г., Скирденко Ю. П., Николаев Н. А. Основные тренды приверженности к лечению у кардиологических больных. *Современные проблемы науки и образования.* [Andreev K. A., Plinder M. I., Sidorov G. G., Skirdenko Yu. P., Nikolaev N. A. Osnovnye trendy priverzhennosti k lecheniyu u kardiologicheskikh bol'nyh. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya.* – *Modern problems of science and education.* 2018;3:36-36 (In Russ.).]
19. Николаев Н. А. Пациенториентированная антигипертензивная терапия: клинические рекомендации для практических врачей. *Врач.* 2016;4:82-85. [Nikolaev N. A. Patsiyentoriyentirovannaya antigipertenzivnaya terapiya: klinicheskiye rekomendatsii dlya prakticheskikh vrachey. *Vrach.* – *The Doctor.* 2016;4:82-85. (In Russ.).]
20. Николаев Н. А. Доказательная гипертензиология: количественная оценка результатов антигипертензивной терапии. М.: «Академия естествознания», 2008. [Nikolaev N. A. Dokazatel'naya gipertenziologiya: kolichestvennaya ocenka rezul'tata antigipertenzivnoy terapii. M.: «Akademiyaya estestvoznaniya», 2008. (In Russ.).]

21. Николаев Н. А. Доказательная гипертензиология: пациентоориентированная антигипертензивная терапия. М.: «Академии естествознания», 2015. [Nikolaev N. A. Dokazatel'naya gipertenziologiya: pacientoorientirovannaya antigipertenzivnaya terapiya. M.: «Akademiya estestvoznaniya», 2015. (In Russ.)].
22. Gupta P., Patel P., Strauch B., Lai F. Y., Akbarov A. [et al.]. Biochemical Screening for Nonadherence Is Associated With Blood Pressure Reduction and Improvement in Adherence. *Hypertension* [Internet]. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health); 2017;70(5):1042-1048. <https://doi.org/10.1161/hypertensionaha.117.09631>
23. Conn V. S., Ruppert T. M., Chase J. A., Enriquez M., Cooper P. S. Interventions to improve medication adherence in hypertensive patients: systematic review and meta-analysis. *Curr. Hypertens. Rep.* 2015;17:94. <https://doi.org/10.1007/s11906-015-0606-5>
24. Fletcher B. R., Hartmann-Boyce J., Hinton L., McManus R. J. The effect of selfmonitoring of blood pressure on medication adherence and lifestyle factors: a systematic review and meta-analysis. *Am. J. Hypertens.* 2015;28:1209-1221. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpv008>
25. Parati G., Omboni S. Role of home blood pressure telemonitoring in hypertension management: an update. *Blood Press Monit.* 2010;15:285-295. <https://doi.org/10.1097/mbp.0b013e328340c5e4>
26. Бунова С. С., Викторова И. А., Дрпкина О. М., Задюнченко В. С., Лазебник Л. Б. [и др.]. Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению: основные положения, алгоритмы и рекомендации. *Медицинский вестник Северного Кавказа.* 2018;1.2(13):259-271. [Bunova S. S., Viktorova I. A., Drapkina O. M., Zadiunchenko V. S., Lazebnik L. B. [et al.]. Scientific and methodological support of the Consensus was provided by Council for Quantitative Evaluation of the Results of Medical Interventions at the Presidium of RSM-SIM. The first Russian expert consensus on the quantitative evaluation of the treatment adherence: pivotal issues, algorithms and recommendations. *Meditsinskii vestnik Severnogo Kavkaza.* – *Medical News of North Caucasus* (In Russ.). <https://doi.org/10.14300/mnnc.2018.13039>
27. 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;65:127-133. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2010.02616.x>
28. Lowy A., Munk V. C., Ong S.H., Burnier M., Vrijens B. [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. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2010.02569.x>
29. Vrijens B., Vincze G., Kristanto P., Urquhart J., Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ.* 2008;336:1114-1117. <https://doi.org/10.1136/bmj.39553.39553.670231.25>
30. Оруджова Л. А., Скирденко Ю. П., Жеребилов В. В., Николаев Н. А. Роль полиморбидности и полипрагмазии в приверженности к лечению кардиоваскулярных больных. *Medical review.* 2016;3:102-103. [Orudzhoval A., Skirdenko Y. P., Zherebilov V. V., Nikolayev N. A. Rol' polimorbidnosti i polipragmazii v priverzhennosti k lecheniyu kardiovaskulyarnykh bol'nykh. *Medical review.* 2016;3:102-103. (In Russ.)].
31. Скирденко Ю. П., Николаев Н. А. Количественная оценка приверженности к лечению у больных фибрилляцией предсердий в условиях реальной клинической практики. *Терапевтический архив.* 2018;1:17-21. [Skirdenko Ju. P., Nikolaev N. A. Quantitative assessment of adherence to treatment in patients with atrial fibrillation in real clinical practice. *Terapevtichesky arkhiv.* – *Therapeutic archive.* 2018;1:17-21. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/terarkh201890117-21>
32. Скирденко Ю. П., Шустов А. В., Жеребилов В. В., Николаев Н. А. Приверженность к лечению как новый фактор выбора пероральных антикоагулянтов у носителей мутаций системы гемостаза больных фибрилляцией предсердий. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии.* 2016;12(5):494-502. [Skirdenko Yu. 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. *Ratsionalnaya farmakoterapiya v kardiologii.* – *Rational Pharmacotherapy in Cardiology.* 2016;12(5):494-502. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2016-12-5-494-502>
33. 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):63-65. [Lukina Yu. V., Martsevich S. Yu., Kutishenko N. P. The Moriscos – Green scale: the pros and cons of universal test, correction of mistakes. *Ratsionalnaya farmakoterapiya v kardiologii.* – *Rational Pharmacotherapy in Cardiology.* 2016;12(1):63-65. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2016-12-1-63-65>
34. 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):50-59. [Nikolaev N. A., Skirdenko Yu. P., Zherebilov V. V. Quantitative assessment of adherence to treatment in clinical medicine: protocol, procedure, interpretation. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika.* – *Good clinical practice.* 2016;(1):50-59. (In Russ.)].
35. Моисеев С. В. Как улучшить приверженность к двойной антитромбоцитарной терапии после острого коронарного синдрома. *Клиническая фармакология и терапия.* 2011;4(20):34-40. [Moissejev S. V. How to improve compliance to dual antithrombotic treatment after acute coronary syndrome. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya.* – *Clin. Pharmacol. Ther.* 2011;4(20):34-40. (In Russ.)].
36. Николаев Н. А., Скирденко Ю. П. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25). *Клиническая фармакология и терапия.* 2018;27(1):74-78. [Nikolaev N. A., Skirdenko Yu. P. Russian generic questionnaire for evaluation of compliance to drug therapy. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya.* – *Clin. Pharmacol. Ther.* 2018;27(1):74-78. (In Russ.)].
37. Марцевич С. Ю., Кутишенко Н. П., Лукина Ю. В., Толпыгина С. Н., Иванова Л. П. [и др.]. Самоконтроль и лечение хронических неинфекционных заболеваний в условиях пандемии COVID-19. Консенсус экспертов Национального общества доказательной фармакотерапии и Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2020;19(3):2567. [Martsevich S. Yu., Kutishenko N. P., Lukina Yu. V., Tolpygina S. N., Ivanova L. P. [et al.]. Self-monitoring and treatment of chronic non-communicable diseases in the context of the COVID-19 pandemic. Consensus of experts of the National society of evidence-based pharmacotherapy and the Russian society of the prevention of non-communicable diseases. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika.* – *Cardiovascular Therapy and Prevention.* 2020;19(3):2567. (In Russ.). <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2020-2567>
38. Николаев Н. А., Мартынов А. И., Скирденко Ю. П., Агеев Ф. Т., Андреев К. А. [и др.]. Управление лечением на основе приверженности. Согласительный документ – Междисциплинарные рекомендации РНМОТ, НОГР, НАТГ, ОДН, ГОРАН, РОО, РОФ. *Consilium Medicum.* 2020;22(5):9-18. [Nikolaev N. A., Martynov A. I., Skirdenko Ju. P., Ageev F. T., Andreev K. A. [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. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.26442/20751753.2020.5.200078>
39. Unger T., Borghi C., Charchar F. [et al.]. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. *J. Hypertens.* 2020;38(6):982-1004. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002453>
40. Николаев Н. А., Скирденко Ю. П., Ливзан М. А., Замахина О. В. Пациентоориентированные технологии оценки риска и прогноза эффективности терапии кардиологических больных: монография. М.: «Академии естествознания», 2019. [Nikolayev N. A., Skirdenko Yu. P., Livzan M. A., Zamakhina O. V. Patsiyentoorientirovannyye tekhnologii otsenki riska i prognoza effektivnosti terapii kardiologycheskikh bolnykh: monografiya. M.: «Akademii estestvoznaniya», 2019. (In Russ.)].