ВРАЧ — ЛЕЧИТ, А БОЛЬНОЙ — ЛЕЧИТСЯ? СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Шайдюк О. Ю. 1 , Кудинова М. А. 2 , Таратухин Е. О. 1 , Ромашенко О. В. 2

Обзор литературы включает данные современных исследований приверженности к терапии и немедикаментозному лечению преимущественно у больных ишемической болезнью сердца. Рассматриваются различные способы повышения приверженности, приводятся психологические модели "информациямотивация-стратегия", "транстеоретическая модель". Рассматривается феномен "политаблетки". Приводятся различия между тремя вариантами приверженности к лечению (compliance, adherence, concordance) в зависимости от активности участия самого пациента.

Российский кардиологический журнал 2017, 9 (149): 104–108 http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2017-9-104-108

Ключевые слова: пациент-центрированная медицина, ноцебо, политаблетка, информирование, мотивация, комплаентность, инфаркт миокарда.

¹ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва; ²ГБУЗ Городская клиническая больница № 15 им. О.М. Филатова, Москва, Россия.

Шайдюк О.Ю. — к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии № 1, Кудинова М.А. — к.м.н., зав. отделением для больных инфарктом миокарда, Таратухин Е.О.* — к.м.н., магистр психологии, доцент кафедры госпитальной терапии № 1 Ромашенко О.В. — к.м.н., врач отделения для больных инфарктом миокарда.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): cardio03@list.ru

ОКС — острый коронарный синдром, OP — отношение рисков, OШ — отношение шансов, ИМ — инфаркт миокарда, ДИ — доверительный интервал, МНО — международное нормализованное отношение.

Рукопись получена 29.06.2017 Рецензия получена 18.07.2017 Принята к публикации 25.07.2017

CLINICIAN — TREATS, AND PATIENT — BEING TREATED? RECENT VIEW ON THE TREATMENT ADHERENCE IN CORONARY HEART DISEASE SETTING

Shaydyuk O.Yu.¹, Kudinova M.A.², Taratukhin E.O.¹, Romashenko O.V.²

The literary review includes data from recent research on the medication and non-medication treatment adherence of coronary heart disease patients. The various approaches considered, of the adherence improvement, and psychological models presented, the "information-motivation-strategy" and "transtheoretical model". The polypill phenomenon is considered. Also three terms on adherence are commented: compliance, concordance and adherence itself, depending on the part of patient's active role.

Russ J Cardiol 2017, 9 (149): 104-108

http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2017-9-104-108

Key words: patient-centered medicine, nocebo, polypill, informing, motivation, compliance, myocardial infarction.

¹N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Moscow; ²O.M. Filatov City Clinical Hospital № 15, Moscow, Russia.

Медицинская наука создала широкий спектр инструментов для предотвращения и лечения заболеваний. Многие из таких инструментов требуют активного участия самого пациента, что предполагает регулярное следование рекомендациям, регулярный приём препаратов. Это получило название приверженности к лечению. В англоязычной литературе ему соответствует два термина: compliance и adherence. Они имеют разное значение: compliance предполагает строгое следование предписаниям — "делать как сказано", тогда как *adherence* подразумевает реализацию предписания с учётом внешних (социальные условия, среда) и внутренних (характер, психологические состояния, убеждения) факторов. В отличие от "комплаентного" индивида, "адгерентный" может добавлять элемент "творчества" к рекомендациям. Он может модифицировать предписания, следовать больше чем назначено или меньше. О комплайнсе,

следовательно, нужно говорить в отношении приёма препаратов, тогда как немедикаментозное лечение предпочтительно определять через "адгерентность" [1]. Выделено также понятие "конкордантность" (concordance). Она определяется как согласованная между пациентом и врачом позиция относительно режима лечения, результатов и соответствующего поведения; отношения в большей степени совместные, чем определяемые комплайнсом [2].

Pardaens S, et al. (2017) изучали причины выхода пациентов из программ кардиореабилитации после ОКС, кардиохирургического вмешательства и при сердечной недостаточности. В исследование вошло 489 пациентов. Факторами, связанными с преждевременным выходом из программы реабилитации (то есть, пропуск более половины занятий; таковых было 20%, n=96), оказались анамнез инсульта (отношение шансов, ОШ =4,18), наличие хронической обструк-

тивной болезни лёгких (ОШ =2,55), редкие сессии (реже 2 раз в неделю) (ОШ =3,76), холостой семейный статус (ОШ =2,89) и зависимость от помощи других, чтобы попасть на программу (ОШ =2,01). При этом, приём бета-блокаторов способствовал приверженности (ОШ =0,47). Наибольшим был шанс выхода из программы реабилитации в случае высокого балла по субшкале тревоги/депрессии (EuroQOL-5D) (ОШ =7,17). Авторы заключают, что не демографические или клинические характеристики влияют на отказ от продолжения кардиореабилитации, но ключевыми являются психосоциальный статус и социальное окружение [3]. К подобным выводам пришли и Park LG, et al. (2017) в отношении пациентов с сердечной недостаточностью [4].

В кардиологии основные проблемы приверженности относятся к приёму статинов, антикоагулянтов и антитромбоцитарных средств, гипотензивных средств. Эта проблема является одной из ключевых для недостаточно высоких результатов лечения и реабилитации. В мета-анализе Abegaz, et al. (2017), включившем 28 исследований в 15 странах с числом участников 13,7 тыс., показано, что неприверженность предписанной антигипертензивной терапии была выявлена у 45%, причём среди тех, кто не достиг целевых значений АД, она была на уровне 83,7%. Риск быть не приверженным лечению оказался выше у мужчин, с отношением 0,88 [5]. Salari, et al. (2016) сообщают о больных после операции коронарного шунтирования. Они наблюдали 196 больных в течение 5 лет. Показано, что к приёму препаратов не были привержены 10,7%; из бывших курильщиков 63% начали курить вновь уже спустя 6-12 месяцев после операции; не контролируемые показатели АД, глюкозы и липопротеидов низкой плотности в крови были у 48%, 61%, 32%, соответственно [6]. Особенно серьёзна проблема приверженности статинам. По разным данным, 40-75% пациентов прекращают принимать статины уже в течение года после назначения (Banach, 2016) [7]. Одна из главных причин мышечные симптомы, которые развиваются у 7-29% пациентов (Krahenbuhl, 2016; Stroes, 2015) [8, 9]. Приверженность статинам может быть связана с полом (Goldstein, 2016). Женщины принимают их реже и труднее достигают целевых показателей липидов крови. Это связано с более высоким шансом развития непереносимости, с меньшим ощущением риска сердечно-сосудистых осложнений у женщин, а также с нагрузкой по содержанию домашнего хозяйства. Кроме того, женщины в среднем старше мужчин в период, когда начинает требоваться терапия статинами [10]. В крупном исследовании в США, Serban, et al. (2017), которое включало 105 тыс. участников, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), с высокой приверженностью статинам и с низкой (в том числе, ввиду непереносимости), показано, что многофак-

торное отношение рисков (ОР) повторного ИМ было OP = 1.5 (95% ДИ 1.3; 1.73) у принимавших регулярно в сравнении с отказавшимися по той или иной причине; ОР для других сердечно-сосудистых событий также было 1,51 (95% ДИ 1,31;1,7); для смерти от всех причин ОР =0,96 (95% ДИ 0,87;1,06) [11]. В другом крупном исследовании, регистре Италии, Maggioni, et al. (2017), включившем данные почти 3 млн. пациентов, показано, что спустя год после назначения статинов по поводу сердечно-сосудистого события 64,7% продолжали их принимать [12]. Следует отметить исследование плейотропного потенциала статинов. Sluyter, et al. (2016) указывают, что влияние статинов на показатели АД и вариабельность ритма сердца имело отрицательную корреляцию с приверженностью приёму этих препаратов [13].

В отличие от статинов, приверженность другим обязательным группам средств после перенесённого ИМ довольно высока, хотя остаётся недостаточной. В исследовании Yu, et al. (2016) пациентов после первичного чрескожного коронарного вмешательства (n=5031) в течение 2 лет наблюдения приём двойной антитромбоцитарной терапии был прекращён ввиду неприверженности (noncompliance) 10,9% женщин и 8,5% мужчин. В эти величины не входило прекращение приёма из-за кровотечений. Соответственно, повышался риск ишемических событий [14]. Польские авторы Swieczkowski, et al. (2016) указывают на низкую приверженность антитромбоцитарной терапии после чрескожного вмешательства, связанную с недостаточным обучением пациентов, наличием у них аффективных расстройств или статуса неженатого/незамужнего, а также высокой ценой на препараты [15]. По данным Prami, et al. (2016), практически все пациенты, которым после чрескожного вмешательства были назначены антитромбоцитарные препараты, принимали их и спустя год (98%). Приверженность приёму этих средств сочеталась с приверженностью другим средствам, назначаемым для вторичной профилактики [16].

Проблемы существуют в отношении модификации образа жизни, например, следования средиземноморской диете, которое, по данным Вопассіо, et al. (2016) может быть проблематичным в условиях экономического кризиса. Они показали, что кризис 2007-2008гг оказал сильное отрицательное влияние на степень приверженности жителей Италии средиземноморской диете и более "здоровой" пище [17]. Одними из наиболее трудных паттернов образа жизни считаются потеря лишней и удержание нормальной массы тела (Kwasnicka, et al., 2017), отказ от курения [18-20].

Причины, по которым пациенты нарушают режим лечения или прекращают приём препаратов, многообразны. К ним относят объективные обстоятельства: высокая цена на препарат, развитие побочных эффек-

тов или лекарственного взаимодействия, трудность приёма (инъекции, контроль МНО). К ним относится и субъективное отношение: отсутствие ожидаемого эффекта, представление о препарате как опасном, отсутствие убеждённости в необходимости приёма, чрезмерное (по мнению пациента) количество принимаемых препаратов, высокая кратность приёма в сутки или неудобное время. Множество исследований посвящено анализу тех или иных факторов, объясняющих снижение приверженности.

Образование в целом не связывается с приверженностью к лечению [21, 22]. На повышение приверженности к терапии при наличии учёной степени указывают Лукина и др. (2017) [23]. В отличие от общего уровня образования, обучение в конкретной ситуации (заболевание, долговременная терапия) повышают приверженность к лечению [24, 25].

Анализируя факторы неприверженности, можно выделить ряд ключевых её предпосылок: отсутствие осознания важности приёма, недостаточная информированность и заблуждения (как о пользе, так и о возможном вреде), отсутствие мотивации как непосредственного посыла к действию. Хотя в регистрах и крупных исследованиях показаны основные параметры неприверженности, в реальной практике пациент может иметь совокупность и способствующих, и препятствующих факторов. Выявление их, создание мотивации к регулярному согласно предписанию приёму медикаментов — задача врача, работающего с больным.

Несколько по-иному оценивается низкая приверженность к немедикаментозным средствам лечения, реабилитации и профилактики. В отличие от приёма таблетки, такие средства требуют деятельности со стороны пациента. Самоконтроль как одна из черт личности влияет на волевое преодоление разрыва между осознанием нужности действия и реальным его совершением (Schondube, et al., 2017) [26]. Показано также, что "ощущение себя моложе" способствует принятию более высокой степени активности, которая, в свою очередь, позволяет чувствовать себя лучше и моложе. Wienert, et al. (2017) предполагают, что подобное подкрепление может стать фактором интервенций образа жизни [27]. Так называемая "транстеоретическая модель" изменения образа жизни включает в себя этапы настраивания, оценки, подготовки, действия, поддержания действия. На этапе поддержания замыкается круг, поскольку человек возвращается на уровень оценки и здесь он может равно выйти из активности либо продолжить её дальше. Нехватка мотивирующих факторов (социальная поддержка, видимость пользы/изменений) или наличие демотивирующих (усилия, неудобство, негативная оценка извне) ведут к возврату на уровень отсутствия данной деятельности [28].

В исследовании Librero, et al. (2016) произведена попытка выделить паттерны низкой приверженности. В Испании была создана когорта больных, выписанных после госпитализации по поводу ишемической болезни сердца (n=7462). Затем изучались "траектории" приёма прописанных препаратов с учётом пропусков и отмены. Выделено пять "паттернов": 1) практически полностью приверженные; 2) провал вначале с последующим восстановлением; 3) короткие перерывы или короткие периоды приёма; 4) постепенное снижение приверженности; 5) быстрое снижение приверженности. Все паттерны имели примерно одинаковую долю. Паттерны с постепенным снижением были более характерны для бетаблокаторов и блокаторов ренин-ангиотензиновой системы, нежели статинов и антитромбоцитарных. Предиктором низкой приверженности был диагноз хронической ИБС или нестабильной стенокардии по сравнению с диагнозом ИМ [29].

Для повышения приверженности лекарственной терапии разрабатывается множество средств. Среди них комбинации лекарственных препаратов: сочетания средств одной группы показаний (гипотензивных, антитромбоцитарных, гиполипидемических) или комбинации целых режимов терапии в так называемых "политаблетках" (polypill). Исследователи Webster, et al. (2016) в своём обзоре методов "политаблетки" называют такой путь существенным вкладом в долгосрочную терапию сердечно-сосудистых заболеваний. Назначение такой формы имеет большое значение для тех, кто не был привержен к терапии достаточно, давая шанс получать адекватное лечение более разумным путём. Меньше преимуществ могут получить пациенты, которые и так принимают препараты, как предписано. Авторы, кроме того, указывают, что существует проблема сочетания адекватных дозировок препаратов в одной таблетке [30]. Это может быть решено для статинов, клопидогрела или ацетилсалициловой кислоты, но для гипотензивных средств, бета-блокаторов или диуретиков подбор подходящей политаблетки может быть затруднён. Тем не менее, как показывают в обзоре посвящённой "политаблетке" литературы Bramlage, et al. (2017), за 1990-2016гг, подход polypill показал существенную эффективность для роста приверженности пациентов терапии. Авторы добавляют, что пока не ясно, сказывается ли такой прирост приверженности на уменьшении числа сердечно-сосудистых событий [31]. В отношении комбинации средств одной модальности действия также продолжаются попытки объединения, несмотря на большое количество уже имеющихся торговых названий. К примеру, в исследовании двойной антитромбоцитарной терапии Koh, et al. (2017) использовался клопидогрел 75 мг с ацетилсалициловой кислотой 100 мг у пациентов после стентирования. Фармакодинамические эффекты не отличались от таковых для раздельного приёма [32]. Lim, et al. (2016) изучали реактивность тромбоцитов при двойной антитромбоцитарной терапии в форме двух таблеток и одной таблетки. Показан эквивалентный результат [33].

Психологическая модель "информация-мотивация-стратегия" (ИМС) предлагается в качестве эффективного средства работы, являясь "простой, но качественной эвристической" моделью, как указывает Martin (2013) в Оксфордском руководстве по клинической коммуникации [34]. Как и приверженность, неприверженность есть сама по себе сложный интенциональный и неинтенциональный процесс. Первичная неприверженность предполагает, например, решение пациента не принимать препарат ещё когда он только выписан, "в кабинете врача", либо как решение прекратить приём ввиду множества причин. Другая категория — неинтенциональная неприверженность, когда у пациента нет как такового посыла прекратить следовать назначениям, но он следует им неправильно, нерегулярно.

Не существует одного определённого способа повысить приверженность. Среди наиболее понятных, прямых — максимальное упрощение интервенций и поведенческих моделей, предоставление понятной конкретному пациенту информации, применение напоминаний, поощрение, мониторинг. Модель "ИМС" имеет в своей основе положение о том, что люди не следуют должному образу жизни по трём простым причинам: они не понимают, что они должны делать (включая недостаточное доверие и малую ценность рекомендаций — играет роль фигура врача); они недостаточно мотивированы (могут не верить в эффективность, относиться негативно; их среда может мешать); у них нет чёткой стратегии следования рекомендациям [34]. В соответствии с такой моделью информации-мотивациистратегии, работа с пациентом строится как эффективное информирование, выработка и поддержание мотивации, предоставление стратегических возможностей. Ключевые компоненты информирования: повышение коммуникационных навыков врача, его умения слушать и подтверждать своё пони-

мание услышанного; невербальная поддержка и одобрение; учёт биопсихосоциальной природы ситуации; совместное принятие решений [35]. Мотивирование включает в себя задачу сделать так, чтобы пациент захотел следовать рекомендациям. Это включает в себя действия по раскрытию не высказываемого отношения к препаратам и средствам, опасений, сомнений. Мотивирование должно вовлекать семью и близких, а также строиться с учётом социокультурной среды пациента. Стратегия — возможность преодолевать барьеры на пути следования рекомендациям; понимание конкретных действий. Важна эмоциональная поддержка, а кроме того, очень важна работа с побочными эффектами и другими сложностями при приёме препаратов, включая стоимость, предубеждения. Необходимость применения модели ИМС подтверждается данными метаанализа Chauhan, et al. (2017), показавшего, что обучение врачей и других медицинских специалистов навыкам обучения, информирования, коллаборации существенно повышало приверженность пациентов в первичной врачебной практике [36].

Отвечая на заглавный вопрос статьи — врач лечит, а больной лечится? — можно сказать: ни то, ни другое. Роль врача в практике оказания помощи состоит не только в объяснении, даче рекомендаций, формулировании назначений согласно доказательным данным и своему опыту. Роль врача также состоит в поиске и коррекции факторов, мешающих пациенту следовать назначениям. Такие факторы всегда сугубо индивидуальны. Для некоторых из них можно дать общие рекомендации: например, при высокой цене препаратов назначать дженерики; при большом числе таблеток назначать комбинации или "политаблетку"; при сложном режиме дозирования назначать средства с долгим полувыведением и применять различные "дневники" и маркированные "коробочки" для таблеток. Но если речь идёт об отношении пациента, его сомнениях, проблемах "медицински необъяснимых симптомов" или "ноцебо-эффекте", работа врача становится более сложной, требующей психологических навыков, одним из которых может быть так называемое человекоцентрированное интервью [37].

Литература

- McKay CD, Verhagen E. "Compliance" versus "adherence" in sport injury prevention: why definition matters. British Journal of Sports Medicine, 2016; 50(7): 382-U1. doi 10.1136/ bjsports-2015-095192
- Catapano AL, Graham I, De Backer G, et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. Eur Heart J, 2016; 37(39): 2999-3058. DOI: 10.1093/ eurhearti/ehw272
- Pardaens S, De Smedt D, De Bacquer D, et al. Comorbidities and Psychosocial Characteristics as Determinants of Dropout in Outpatient Cardiac Rehabilitation. The Journal of cardiovascular nursing, 2017; 32(1): 14-21. DOI: 10.1097/icn.0000000000000096
- Park LG, Schopfer DW, Zhang N, et al. Participation in Cardiac Rehabilitation Among Patients With Heart Failure. Journal of cardiac failure, 2017. DOI: 10.1016/j.cardfail.2017.02.003
- Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, et al. Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. Medicine, 2017; 96(4): e5641. DOI: 10.1097/md.0000000000005641
- Salari A, Hasandokht T, Mahdavi-Roshan M, et al. Risk factor control, adherence to medication and follow up visit, five years after coronary artery bypass graft surgery. Journal of cardiovascular and thoracic research, 2016; 8(4): 152-7. DOI: 10.15171/ jcvtr.2016.31
- Banach M, Stulc T, Dent R, et al. Statin non-adherence and residual cardiovascular risk: There is need for substantial improvement. International Journal of Cardiology, 2016; 225184-96. DOI: 10.1016/j.ijcard.2016.09.075
- Krahenbuhl S, Pavik-Mezzour I, von Eckardstein A. Unmet Needs in LDL-C Lowering: When Statins Won't Do! Drugs, 2016; 76(12):1175-90. DOI: 10.1007/s40265-016-0613-0
- Stroes ES, Thompson PD, Corsini A, et al. Statin-associated muscle symptoms: impact on statin therapy-European Atherosclerosis Society Consensus Panel Statement on Assessment, Aetiology and Management. European Heart Journal, 2015; 36(17): 1012-22B. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv043

- Goldstein KM, Zullig LL, Bastian LA, et al. Statin Adherence: Does Gender Matter? Current Atherosclerosis Reports. 2016; 18(11): 63. DOI: 10.1007/s11883-016-0619-9
- Serban MC, Colantonio LD, Manthripragada AD, et al. Statin Intolerance and Risk of Coronary Heart Events and All-Cause Mortality Following Myocardial Infarction. J Am Coll Cardiol, 2017; 69(11): 1386-95. DOI: 10.1016/j.jacc.2016.12.036
- Maggioni AP, Calabria S, Rossi E, et al. Use of lipid lowering drugs in patients at very high risk of cardiovascular events: An analysis on nearly 3,000,000 Italian subjects of the ARNO Observatory. Int J Cardiol, 2017. DOI: 10.1016/j.ijcard.2017.02.108
- Sluyter JD, Hughes AD, Lowe A, et al. Statin utilisation in a real-world setting: a retrospective analysis in relation to arterial and cardiovascular autonomic function. Pharmacology research & perspectives. 2016: 4(6): e00276. DOI: 10.1002/prp2.276
- Yu J, Baber U, Mastoris I, et al. Sex-Based Differences in Cessation of Dual-Antiplatelet Therapy Following Percutaneous Coronary Intervention With Stents. JACC Cardiovascular interventions, 2016; 9(14): 1461-9. DOI: 10.1016/j.jcin.2016.04.004
- Swieczkowski D, Mogielnicki M, Cwalina N, et al. Medication adherence in patients after percutaneous coronary intervention due to acute myocardial infarction: From research to clinical implications. Cardiology journal. 2016. DOI: 10.5603/CJ.a2016.0048
- Prami T, Khanfir H, Deleskog A, et al. Clinical factors associated with initiation of and persistence with ADP receptor-inhibiting oral antiplatelet treatment after acute coronary syndrome: a nationwide cohort study from Finland. BMJ Open, 2016; 6(11): e012604. DOI: 10.1136/bmiopen-2016-012604
- Bonaccio M, Bes-Rastrollo M, de Gaetano G, et al. Challenges to the Mediterranean diet at a time of economic crisis. Nutrition Metabolism and Cardiovascular Diseases, 2016; 26(12): 1057-63. DOI: 10.1016/j.numecd.2016.07.005
- Bakker EC, Nijkamp MD, Sloot C, et al. Intention to Abstain From Smoking Among Cardiac Rehabilitation Patients The Role of Attitude, Self-efficacy, and Craving. Journal of Cardiovascular Nursing, 2015; 30(2): 172-9. DOI: 10.1097/jcn.0000000000000156
- Kwasnicka D, Dombrowski SU, White M, et al. N-of-1 study of weight loss maintenance assessing predictors of physical activity, adherence to weight loss plan and weight change. Psychol Health, 2017; 32(6):686-708. DOI: 10.1080/08870446.2017.1293057
- Prochaska JJ, Benowitz NL. Smoking cessation and the cardiovascular patient. Current Opinion in Cardiology, 2015; 30(5): 506-11. DOI: 10.1097/hco.0000000000000204
- 21. Davydov EL, Kharkov El, Shapiro LA. The features of commitment to the treatment of patients with arterial hypertension in the older age groups depending on the level of education. Siberian Medical Review, 2012; 75(3): 65-7. Russian (Давыдов Е.Л., Харьков Е.И., Шапиро Л.А. Особенности приверженности к терапии пациентов с артериальной гипертонией старших возрастных групп в зависимости от уровня образования. Сибирское медицинское обозрение, 2012; 75(3): 65-7).
- Konradi AO, Polunicheva EV. Insufficient adherence to arterial hypertension treatment: cuses and approaches for correction. Arterial Hypertension, 2004; 10(3): 137-43.
 Russian (Конради А.О., Полуничева Е.В. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции. Артериальная гипертензия, 2004: 10(3): 137-43).
- Lukina YuV., Kutishenko NP, Dmitrieva NA, et al. Compliance to clinician prescriptions in ischemic heart disease patients (by the data from outpatient registry PROFILE). Russian Journal of Cardiology, 2017; 143(3): 14-9. Russian (Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Дмитриева Н.А. и др. Приверженность больных хронической ишемической болезнью

- сердца врачебным рекомендациям (по данным регистра ПРОФИЛЬ). Российский кардиологический журнал, 2017; 143(3): 14-9).
- Cavicchioli MGS, Guerbali CCL, Ochiai C, et al. The Contribution of Diabetes Education in the Treatment of People with Type 2 Diabetes and Risk of Cardiovascular Disease. Current Atherosclerosis Reports. 2016; 18(7): 44. DOI: 10.1007/s11883-016-0591-4
- Nord JW, Jr, Berry A, Stults B, et al. Evaluation of the Effectiveness of a Patient-Centered Educational Mailer Designed to Improve Statin Adherence: A Pragmatic Trial. EGEMS (Washington, DC), 2016; 4(1): 1256. DOI: 10.13063/2327-9214.1256
- Schondube A, Bertrams A, Sudeck G, et al. Self-control strength and physical exercise: An
 ecological momentary assessment study. Psychology of Sport and Exercise, 2017; 291926. DOI: 10.1016/j.psychsport.2016.11.006
- Wienert J, Gellert P, Lippke S. Physical activity across the life-span: Does feeling physically younger help you to plan physical activities? Journal of Health Psychology, 2017; 22(3): 324-35. DOI: 10.1177/1359105315603469
- Schwarzer R. Health Behavior Change. In: Friedman, H, editor. The Oxford Handbook of Health Psychology. UK: OUP; 2011. p. 591-611.
- Librero J, Sanfelix-Gimeno G, Peiro S. Medication Adherence Patterns after Hospitalization for Coronary Heart Disease. A Population-Based Study Using Electronic Records and Group-Based Trajectory Models. PLoS One, 2016; 11(8): e0161381. DOI: 10.1371/ journal.pone.0161381
- Webster R, Rodgers A. Polypill treatments for cardiovascular diseases. Expert Opin Drug Deliv, 2016; 13(1): 1-6. DOI: 10.1517/17425247.2016.1111869
- Bramlage P, Sims H, Minguet J, et al. The polypill: An effective approach to increasing adherence and reducing cardiovascular event risk. Eur J Prev Cardiol, 2017; 24(3): 297-310. DOI: 10.1177/2047487316674817
- Koh JS, Park Y, Tantry US, et al. Pharmacodynamic effects of a new fixed-dose clopidogrelaspirin combination compared with separate administration of clopidogrel and aspirin in patients treated with coronary stents: The ACCEL-COMBO trial. Platelets, 2017; 28(2): 187-93. DOI: 10.1080/09537104.2016.1206197
- Lim WH, Chae IH, Yoon CH, et al. Comparison of dual antiplatelet therapy prescribed as one-pill versus two-pill regimen. A pooled analysis of individual patient data from the three MR-CAPCIS trials. Thrombosis and haemostasis, 2016; 116(1): 78-86. DOI: 10.1160/ th15-12-0931
- Martin Leslie R. Barriers and Keys to Treatment Adherence and Health Behavior Change.
 In: DiMatteo, MR, Martin, LR, editors. The Oxford Handbook of Health Communication, Behaviour Change and Treatment Adherence. UK: OUP; 2013. p. 10-20.
- Taratukhin EO. Biopsychosocial approach: a modern demand for interdisciplinarity. Russ J Cardiol, 2015; 125(9): 80-3. DOI: 10.15829/1560-4071-2015-09-80-83
- Chauhan BF, Jeyaraman M, Mann AS, et al. Behavior change interventions and policies influencing primary healthcare professionals' practice-an overview of reviews. Implement Sci. 2017; 12(1): 3. DOI: 10.1186/s13012-016-0538-8
- Taratukhin EO, Kudinova MA, Shaydyuk OYu, et al. Person-Centered Interview as a Tool for Clinical Work in Myocardial Infarction Setting. Cardiovascular Therapy and Prevention, 2017; 16(1): 34-9. Russian (Таратухин Е.О., Кудинова М.А., Шайдюк О.Ю., и соавт. Человекоцентрированное интервью как инструмент клинической работы с больными инфарктом миокарда. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2017; 16(1): 34-9). DOI: 10.15829/1728-8800-2017-1-34-39