

# Актуальные вопросы повышения приверженности к лечению пациентов с хроническими заболеваниями

А.И. Квитчатая<sup>1</sup>, Ф.Г. Снегирев<sup>2</sup>, А.Ф. Пиминов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Институт повышения квалификации специалистов фармации, Национальный фармацевтический университет, г. Харьков

<sup>2</sup>«Еженедельник АПТЕКА», г. Киев

Общеизвестно, что успех в лечении как неинфекционной, так и инфекционной патологии, зависит от качества лекарственных препаратов, лекарственной формы препаратов, их биодоступности, правильности назначения лекарственных средств. Но как стало известно в последние десятилетия, крайне необходимо, чтобы и больной принимал участие в процессе лечения, необходимо его желание к сотрудничеству с лечащим врачом и готовность строго соблюдать врачебные рекомендации. Такое сотрудничество с врачом пациента, членов семьи пациента, которое осуществляется осознанно, в целях достижения максимального фармакотерапевтического эффекта носит название «комплаенс» (англ. *compliance* – согласие, податливость, уступчивость). Оно позволяет максимально точно выполнять назначения врачей, что обеспечивает эффективность и безопасность фармакотерапии (Данилов Д.С., 2011). Установлено много факторов, обеспечивающих формирование комплаенса, которые зависят от множества обстоятельств (индивидуальность врача, социально-экономические обстоятельства региона, организация медицинской помощи, особенности фармакотерапии, личностно-психологические качества пациента и др.). Особое значение в формировании комплаенса приобрели личностно-психологические особенности пациента (эмоциональная реакция и поведение пациента, возникающие в ответ на назначенный курс фармакотерапии; боязнь возможных побочных эффектов фармакотерапии; понимание пациентом его ответственности и роли в эффективности лечения и др.) (Квитчатая А.И., Пиминов А.Ф., 2012).

Особое место занимают хронические заболевания, не поддающиеся излечению, которые очень часто провоцируют у больных возникновение страданий со стойкими негативными последствиями. Прогрессирующий характер хронического заболевания приводит к усилению боли, ограничивает выполнение элементарных действий, требует финансового обеспечения – формируются безнадежность, раздражительность, агрессивные выходки по отношению к домочадцам, коллегам по работе и по отношению к лечащим врачам. Возникают депрессивные состояния, поддерживаемые чувством беспомощности и отсутствием или недостаточностью посторонней поддержки, формируется негативное отношение к проводимому лечению (нонкомплаенс, отсутствие терапевтического сотрудничества) (Данилов Д.С., 2011). Примером могут служить сахарный диабет 2-го (СД 2) типа и артериальная гипертензия. СД 2-го типа и артериальная гипертензия являются заболеваниями, приводящими к появлению многочисленных осложнений и ранней инвалидизации, к развитию когнитивных нарушений, которые манифестируют в более ранний период, чем обычно (Нетяженко В.З., 2013), что ухудшает качество жизни людей и является причиной преждевременной смерти. Кроме резистентности к гипотензивной терапии, выраженной индивидуальной ее не-

переносимости, приводящим к низкой эффективности фармакотерапии, это может быть обусловлено и низким комплаенсом. При анализе уровня комплаенса основным критерием выступает правильный режим приема препарата. Считается, что если пациент принимает лекарственный препарат в точно указанное время (более чем в 80% случаев) – комплаенс высокий, средние значения комплаенса – пациент принимает лекарственный препарат в точно указанное время в 20–80% случаев, и низкий комплаенс – пациент принимает лекарственный препарат в точно указанное время меньше чем в 20% случаев. Пациенты, у которых низкий уровень комплаенса, без причины отказываются от фармакотерапии, а это приводит к прогрессированию заболевания и развитию его осложнений. Характеризуется низким комплаенсом и гипотензивная терапия, причем его снижение имеет определенную тенденцию. Снижение комплаенса наблюдается в таком порядке: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина, блокаторы кальциевых каналов, бета-адреноблокаторы, мочегонные препараты. Снижение комплаенса гипотензивной терапии определяется частотой возникновения побочных эффектов антигипертензивных препаратов, а нерегулярный прием гипотензивных лекарственных средств может спровоцировать возникновение неконтролируемой артериальной гипотензии. Низкий комплаенс гипотензивной терапии опасен развитием грозных осложнений гипертонической болезни (инсульт, инфаркт, нефропатия и др.). Установлено, что более чем в 50% случаев (Коц Я.И., Митрофанова И.С., 2007) декомпенсация хронической сердечной недостаточности возникает вследствие невыполнения пациентами рекомендаций по режиму приема лекарственных средств. Еще одним фактором, способствующим формированию низкого комплаенса, выступает стоимость лекарственных препаратов (вновь появляющиеся гипотензивные препараты, оказывающие незначительное количество побочных эффектов, имеют более высокую стоимость, чем старые препараты, с широким спектром побочных эффектов). Для повышения комплаенса предлагается начало антигипертензивной терапии осуществлять более дешевыми гипотензивными лекарственными препаратами, а при возникновении побочных эффектов вследствие их применения – рекомендовать современные лекарственные препараты новых поколений, лишённые значительной части нежелательных эффектов гипотензивных лекарственных средств. Особенно важно то, что новые генерации антигипертензивных лекарственных средств оказывают пролонгированное терапевтическое действие, что определяет частоту их приема – один раз в сутки, а это существенно повышает комплаенс (Гуревич К.Г., 2003).

В Украине остается очень актуальной проблема увеличения количества больных СД разных возрастных групп из-за неперестанного роста этого заболевания. Основная проблема

## АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ

### Рекомендации ассоциаций урологов разных стран относительно лечения СНМП при ДППЖ (2006) и рекомендации Европейской ассоциации урологов (2010) (Зайцев В. И., 2011).

Препараты	Национальное здравоохранение Австралии и Совет по медицинским исследованиям (Australian NHMRC)	Пятая Международная конференция по доброкачественной гиперплазии (5-th IC on BPH)	Американская ассоциация урологов (AUA)	Британская ассоциация урологической хирургии (BAUS)	Европейская ассоциация урологов (EAU) (2006)	Канадская урологическая ассоциация	Европейская ассоциация урологов (EAU) (2010)
<b>α-Адреноблокаторы</b>							
Альфузозин	НО	Р	Р	Р	Р	Р	Р
Доксазозин	Р	Р	Р	Р	Р	Р	Р
Феноксibenзамин	НО	НО	НР	НО	НО	НО	НО
Празозин	НР	НО	НР	НО	НО	НР	НО
Тамсулозин	Р	Р	Р	Р	Р	Р	Р
Теразозин	Р	Р	Р	Р	Р	Р	Р
<b>Ингибиторы 5α-редуктазы</b>							
Дутастерид	НО	НР	Р	Р	Р	Р	Р
Финастерид	Р	Р	Р	Р	Р	Р	Р
Комбинированная терапия	НО	НО	Р	Р	Р	Р	Р
Фитопрепараты	НР	НР	НР	НР	НР	НР	НР
Антихолинергические препараты	Р	НО	Р	НО	НО	Р	Р

Примечания: НР – не рекомендован, Р – рекомендован, НО – не обсуждался.

лечения СД 2-го типа заключается в низкой приверженности пациентов антидиабетической фармакотерапии. Значительная часть больных позволяет себе нарушать прием пероральных сахароснижающих препаратов (только 58% пациентов больных СД 2-го типа принимает пероральные сахароснижающие препараты более 80 дней в году). Иногда наблюдается полный отказ от медикаментозной терапии по личной инициативе пациента. Выяснено, что больные СД 2-го типа беспрерывно принимают необходимые пероральные сахароснижающие препараты только около 130 дней в году. Оказалось, что информация о механизмах действия антидиабетических лекарственных препаратов, их фармакокинетики, взаимодействиях с другими лекарственными средствами, побочных эффектах и прочем, полученная пациентом от врача, повышала их приверженность к лечению чаще, чем информация, которую они получали из других источников (Варфаламеева Н.А. и др., 2013). Общеизвестно, что СД 2-го типа является заболеванием, прогноз которого в значительной степени зависит от активного осознанного участия пациента в лечебном процессе. Крайне важна осведомленность больного о комплексе лечебных мероприятий и его приверженность к определенному образу жизни, необходимых для стабилизации состояния больного при СД (Никберг И.И., 2012). Важнейшим условием повышения комплаенса к фармакотерапии СД 2-го типа является непосредственное участие лечащего врача, его желание помочь пациенту сформировать стойкий высокий комплаенс к лечению СД 2-го типа. Необходимо обучать таких больных в школе диабета, вырабатывать у них стремление к приобретению знаний о механизмах действия антидиабетических лекарственных препаратов, взаимодействиях с другими лекарственными средствами, побочных эффектах, особенностях их применения, что станет базой формирования осознанного сотрудничества с лечащим врачом. Трудно переоценить значение привлечение благотворительных фондов, фармацевтических объеди-

нений, общественных организаций и СМИ, широкое межсекторное взаимодействие в информировании общественности о ценности здоровья человека, профилактике и соблюдении здорового образа жизни для его сохранения и своевременного выявления заболеваний, в том числе и СД 2-го типа, что имеет важное значение в сохранении здоровья нации.

Современные возможности интенсивно развивающейся фармакологии позволяют изменить подход к качеству лечения еще одного хронического заболевания – симптомы нижних мочевых путей (СНМП) при ДППЖ. Риск проявлений ДППЖ провоцируется сахарным диабетом, метаболическим синдромом, ожирением и артериальной гипертензией (Шаталюк С.С., 2010; Parsons J., 2007). Повышение тонуса симпатической нервной системы, возникающее при стрессе и артериальной гипертензии (гиперсимпатикотония) приводит к нарушению энергетического метаболизма, провоцирующего нарушение функции детрузора мочевого пузыря. Постепенно повышается уретральное сопротивление, что приводит к манифестации клинических проявлений ДППЖ (вялая струя мочи, затрудненное мочеиспускание, задержка мочи, невозможность сдерживания позывов к мочеиспусканию, ослабление струи мочи, ощущение недостаточного опорожнения мочевого пузыря, прерывистое мочеиспускание, учащенное ночное и дневное мочеиспускание). Если больной с ДППЖ не получает адекватного лечения, частота такого симптома, как недержание мочи, обнаруживается в 46% случаев, что диктует необходимость проведения фармакотерапии ДППЖ. Кроме того, без лечения ДППЖ может прогрессировать, что проявляется увеличением выраженности симптомов, развиваются множественные осложнения (Chapple C., Roehrborn C., 2006), чаще у нелеченых пациентов, среди которых: острая задержка мочеиспускания (самое мучительное), циститы, пиелонефриты, камни мочевого пузыря, хроническая почечная недостаточность, уросепсис.

Фармакотерапевтические методы их лечения в настоящее время преобладают над другими, и большая часть пациентов с ДГПЖ принимают для купирования неприятных симптомов пероральные формы лекарственных препаратов с индивидуально определенным успехом. Ликвидация клинических проявлений инфравезикальной обструкции, обеспечение комфорта пациентам, повышение качества их жизни с ДГПЖ является главной целью фармакологической коррекции рассматриваемой патологии. Современный фармацевтический рынок представляет широкий спектр лекарственных средств, позволяющих обеспечить индивидуальный подход в лечении каждого пациента с этой патологией с достижением максимального терапевтического эффекта и минимализацией осложнений ДГПЖ. В зависимости от клинической стадии течения ДГПЖ рекомендуются такие препараты, как  $\alpha$ -адреноблокаторы, ингибиторы 5 $\alpha$ -редуктазы, антихолинергические препараты, комбинированная терапия (Зайцев В.И., 2011; Горпинченко И.И., 2012). Широкий ассортимент предлагаемых лекарственных препаратов позволил профессиональным урологическим ассоциациям нескольких стран разработать протоколы диагностики и лечения СНМП/ДГПЖ, в которых имеются рекомендации по особенностям применения разных групп препаратов, применяемых для диагностики и лечения СНМП/ДГПЖ (таблица, цитируется по Зайцеву В.И., 2011).

В 2014 году опубликованы рекомендации Европейской ассоциации урологов (Guidelines on the Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO), в которых детально описаны особенности применения каждого лекарственного препарата рассматриваемых групп, их механизм действия, побочные эффекты, взаимодействие с другими лекарственными средствами, особенности дозирования, особенности применения при сопутствующей патологии. Рекомендуются в случае выявления сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, несхарный диабет, заболевания почек, сердечная недостаточность, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, цереброваскулярные заболевания, травмы спинного мозга, выпадение межпозвоночного диска), пересмотреть нынешние привычки и образ жизни, а также стабилизировать эмоциональные и психологические факторы, проводить дифференциальную диагностику с раком предстательной железы. Указывается, что  $\alpha_1$ -блокаторы не влияют на размер предстательной железы. Действие  $\alpha_1$ -блокаторов более эффективно у пациентов с меньшими размерами предстательной железы (<40 мл), чем у пациентов с большими размерами железы. Действие  $\alpha_1$ -блокаторов является одинаковым во всех возрастных группах.  $\alpha_1$ -Блокаторы не предотвращают острой задержки мочи в долгосрочных исследованиях, поэтому некоторые пациенты нуждаются в хирургической помощи.  $\alpha_1$ -Блокаторами осуществляется поддерживающая терапия ДГПЖ длительное время. Наиболее частыми побочными эффектами  $\alpha_1$ -блокаторов являются астения, головокружение и ортостатическая гипотензия. Вазодилатирующие эффекты наиболее выражены при применении доксазозина и terazолина и встречаются гораздо реже при применении альфузозина и тамсулозина.  $\alpha_1$ -Блокаторы характеризуются быстрым началом действия, хорошим эффектом, низким уровнем тяжести побочных эффектов. Альфа-1-блокаторы могут быть предложены пациентам, страдающим от умеренной до тяжелой степени СНМП.

Воздействие на предстательную железу ингибиторов 5 $\alpha$ -редуктазы опосредовано дигидротестостероном (ДГТ), который преобразуется в первую очередь, в клетках стромы предстательной железы из его предшественника тестостерона с помощью фермента 5 $\alpha$ -редуктазы. Ингибиторы 5 $\alpha$ -редуктазы индуцируют апоптоз эпителиальных клеток предстательной железы, что при длительном применении приводит к уменьшению размера предстательной железы около 18–28%.

Уменьшение объема предстательной железы может быть еще более выраженным после длительного лечения.

После двух-четырёх лет непрерывного лечения, ингибиторы 5 $\alpha$ -редуктазы снижают СНМП примерно на 15–30%, уменьшают объем предстательной железы примерно на 18–28%. Ингибиторы 5 $\alpha$ -редуктазы медленнее снижают СНМП, чем  $\alpha_1$ -блокаторы, но при объеме предстательной железы > 30 мл, когда повышен риск прогрессирования заболевания ингибиторы 5 $\alpha$ -редуктазы снижают симптомы так же, как и  $\alpha_1$ -блокаторы. Кроме того, это снижение поддерживается до четырех лет. Точный механизм действия ингибиторов 5 $\alpha$ -редуктазы в снижении прогрессирования заболевания остается на стадии изучения.

Механизм действия антагонистов мускариновых рецепторов объясняется влиянием на медиаторы. Основным нейротрансмиттером мочевого пузыря является ацетилхолин, который способен стимулировать мускариновые рецепторы (М-холинорецепторы) гладкомышечных клеток на поверхности детрузора. Тем не менее, мускариновые рецепторы не только плотно экспрессируются на гладкомышечных клетках, но и на других типах клеток, таких, как эпителиальные клетки слюнных желез, уротелиальные клетки мочевого пузыря, нервные клетки периферической или центральной нервной. У человека описано пять подтипов мускариновых рецепторов (M1–M5), среди которых M2 и M3-подтипы преимущественно располагаются в детрузоре. Хотя около 80% среди них M2-мускариновые рецепторы и 20% M3-подтипы, только M3 – очевидно, участвуют в сокращении мочевого пузыря у здоровых людей. Роль M2-подтипов остается неясной. Тем не менее, у мужчин с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря, и у экспериментальных животных с нейрогенным мочевым пузырем M2-рецепторы вероятно, участвуют в гладкомышечных сокращениях. Ингибирование мускариновых рецепторов или антагонизм к мускариновым рецепторам ингибирует/уменьшает мускариновую стимуляцию рецепторов и, следовательно, уменьшает гладкомышечные сокращения мочевого пузыря. Антагонисты мускариновых рецепторов значительно уменьшают количество дневных или суточных мочеиспусканий и их срочность, а также улучшают восприятие пациентом пользы лечения. Антагонисты мускариновых рецепторов могут быть использованы у мужчин от умеренной до тяжелой степени СНМП, у которых отмечаются преимущественно симптомы задержки мочи.

В рекомендациях 2014 года представлена новая группа – ингибиторы ФДЭ-5, повышая концентрацию и продлевая активность внутриклеточного цГМФ, они снижают тонус гладкомышечных тканей детрузора, предстательной железы и мочеиспускательного канала.

Ингибиторы ФДЭ-5 увеличивают кровоснабжение и насыщение кислородом нижних мочевых путей, но их точный механизм действия еще предстоит определить.

Ингибиторы ФДЭ-5 могут вызвать побочные эффекты (головная боль, приливы, головокружение, диспепсия, заложенность носа, боль в мышцах, гипотензия, обмороки, шум в ушах, конъюнктивит или измененное зрение – предметы размыты, обесцвечены). Вероятность развития приапизма или острая задержка мочи считаются минимальными. Следует с осторожностью применять ингибиторы ФДЭ-5 вместе с другими препаратами, метаболизирующимися одним и тем же путем (СУРЗА4), который ассоциируется с повышением концентрации в сыворотке ингибиторов ФДЭ-5. В руководстве 2014 года освещена комбинированная терапия (сочетание препаратов разных групп с разным механизмом действия).

Комбинированная терапия применяется в стремлении объединить различные эффекты препаратов с разным механизмом действия, при этом используется синергетическая эффективность в улучшении течения и профилактики СНМП при ДГПЖ. Комбинированное лечение  $\alpha_1$ -блокаторами и ин-

гибиторами 5 $\alpha$ -редуктазы превосходит монотерапию в отношении риска возникновения острой задержки мочи, снижает его, снижает и потребность в хирургическом вмешательстве. Однако комбинированная терапия связана и с повышением риска побочных эффектов. Она назначается в первую очередь мужчинам, имеющим от умеренной до тяжелой степени СНМП, которые подвергаются риску прогрессирования заболевания (увеличенный объем предстательной железы, пожилой возраст и т.д.). Комбинированная терапия  $\alpha_1$ -блокаторами и ингибиторами 5 $\alpha$ -редуктазы должна проводиться длительный период (более 12 мес), так как эффективность подобной терапии напрямую зависит от ежедневного соблюдения пациентом назначений врача, независимо от финансовых, бытовых и других аспектов жизни конкретного пациента. И этот вопрос врач должен обсудить с пациентом до начала лечения.

Ознакомление с «Guidelines on the Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO)» (2014) и внедрение в повседневную практику врачей-урологов и врачей других специальностей позволит совершенствовать фармакотерапию СНМП при ДГПЖ, обеспечить ее эффективность и безопасность.

Известно, что болезни стареющих мужчин (депрессия, кардиоваскулярная патология, ДГПЖ, эректильная дисфункция), которые чаще развиваются после 50 лет, стимулируют развитие преждевременной возрастной эволюции, ухудшают их творческую и социальную активность и качество жизни, нуждаются в их патогенетически обоснованной, эффективной фармакотерапии (Верткин А.Л. и соавт., 2011). Очень многие пациенты с ДГПЖ придерживаются выжидательной тактики, и только установление тяжести СНМП и

осознание необходимости лечения подвигает их к лечению. Очевидно, что целью фармакотерапии ДГПЖ, как и других хронических заболеваний, является достижение максимальной приверженности пациента к лечению. При возникновении патологического процесса целесообразно максимально воздействовать на причину, которая провоцирует формирование низкой приверженности к лечению на ранних стадиях заболевания. Последние десятилетия ознаменовались появлением в ассортименте врачей-урологов  $\alpha_1$ -адреноблокаторов, антихолинергических препаратов, ингибиторов 5 $\alpha$ -редуктазы – лекарственных препаратов, обладающих достаточно высокой эффективностью, что позволяет пациентам отдавать предпочтение консервативному лечению ДГПЖ. Препаратами первой линии при расстройствах мочеиспускания при ДГПЖ во всем мире считаются  $\alpha_1$ -адреноблокаторы (альфузозин, доксазозин, тамсулозин, теразозин), хотя разные препараты, являясь эффективными в одинаковой степени, владеют различным профилем безопасности (McVary K.T., 2010). Но кроме фармакотерапевтического воздействия, врачам необходимо учитывать личностные особенности пациента, проявлять непосредственное участие и желание помочь пациенту в достижении купирования неприятных, беспокоящих его симптомов. Необходимо вырабатывать у них стремление к приобретению знаний о механизмах действия применяемых лекарственных препаратов, взаимодействию с другими лекарственными средствами, побочных эффектах, особенностях их применения, длительности применения, образе жизни, привычках, что станет базой формирования осознанного сотрудничества с лечащим врачом, то есть – комплаенса. Это поможет пациенту отдать предпочтение в личных ценностях фармакотерапии ДГПЖ.

#### Сведения об авторе

**Квитчатая Анна Ивановна** – кафедра общей фармации и безопасности лекарств Института повышения квалификации специалистов фармации, Национальный фармацевтический университет, 61001, г. Харьков, пл. Восстания, 17

**Снегирёв Филипп Гелиевич** – редакцией «Еженедельника АПТЕКА», Киев, 02140, просп. Бажана Николая, 10а, эт. 7

**Пиминов Александр Фомич** – кафедра общей фармации и безопасности лекарств Института повышения квалификации специалистов фармации, Национальный фармацевтический университет, 61001, г. Харьков, пл. Восстания, 17; тел.: (057)732-58-53

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Chapple C. A shifted paradigm for the understanding evaluation, and treatment of lower urinary tract symptoms in men: Focus on the bladder / C. Chapple, C. Roehrborn // Eur. Urol. – 2006. – № 49 (4). – P. 651–659.
- McVary K.T. Комбинированное медикаментозное лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы / K.T. McVary // МРЖ Урология. – 2010. – 1. <http://rmj-uurology.ru/content/kombinirovannoe-medikamentoznoe-lechenie-dobrokachestvennoi-giperplazii-predstatelnoi-zhelez>.
- oClaus G. Roehrborn a. The Effects of Combination Therapy with Dutasteride and Tamsulosin on Clinical Outcomes in Men with Symptomatic Benign Prostatic Hyperplasia: 4-Year Results from the CombAT Study / oClaus G. Roehrborn a.\*, Paul Siami b, Jack Barkin c, Ronaldo Damia d, Kim Major-Walker e, eelndrani Nandy, Betsy B. Morrill, R. Paul Gagnier, Francesco Montorsi f on behalf of the CombAT Study Group // European Urology. – 2010. – № 57. – P. 123–131.
- Parsons J.K./Lipids, lipoproteins and the risk of benign prostatic hyperplasia in community-dwelling men / J.K. Parsons, J. Bergstrom, E. Barrett-Connor // BJU international. – 2007. – Vol. 11. – P. 335–345.
- S. Gravas (chair). Guidelines on the Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO) / S. Gravas (chair), A. Bachmann, A. Descazeaud, M. Drake, C. Gratzke, S. Madersbacher, C. Mamoulakis, M. Oelke, K.A.O. Tikkinen. European Association of Urology, 2014.
- Варфаламеева Н.А. Приверженность фармакотерапии при сахарном диабете 2 типа в Республике Саха (Якутия) / Н.А. Варфаламеева, Э.А. Бушкова, А.А. Кузьмина и др. // Вестник СВФУ. – 2013. – Т. 10, № 3. – С. 122–125.
- Верткин А.Л. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы и ее осложнения в общемедицинской практике / А.Л. Верткин, О.Б. Лоран, Е.И. Вовк и др. // Consilium Medicum Ukraina. – 2011. – № 1. – 20–26.
- Горпинченко И.И. Препарат Аденорм в терапевтической коррекции симптомов доброкачественной гиперплазии предстательной железы / И.И. Горпинченко, А.М. Корниенко, М.Г. Романюк и др. // Здоровье мужчины. – 2012. – № 2. – С. 166–169.
- Гуревич К.Г. Комплаенс больных, получающих гипотензивную терапию / К.Г. Гуревич // Качественная клиническая практика. – 2003. – № 4. – С. 53–58.
- Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество больных шизофренией и врача (значение для эффективности лечения, механизмы формирования и методы коррекции) / Д.С. Данилов // Неврология. Нейропсихиатрия. Психосоциатика. – 2011. – № 2. – С. 17–24.
- Зайцев В.И. Доказательная медицина и выбор метода лечения СНМП при ДГПЖ / В.И. Зайцев // Медицинские аспекты здоровья мужчины. – 2011. – № 2(2). – С. 63–75.
- Квитчатая А.И. Высокий комплаенс как фактор эффективности лечения / А.И. Квитчатая, А.Ф. Пиминов // 871 (50) 24.12.2012. <http://www.apteka.ua/article/magazine/871>
- Коц Я.И. Комплаентность как фактор повышения эффективности лечения больных с хронической сердечной недостаточностью / Я.И. Коц, И.С. Митрофанова // Российский медицинский журнал. – 2007. – № 4. – С. 4–7.
- Нетьяженко В.З. Когнитивная функция: влияние сахарного диабета, артериальной гипертензии та їх поєднання / В.З. Нетьяженко, О.М. Пленова, В.С. Потаскалова та ін. // Семейная медицина. – 2013. – № 1. – С. 88–92.
- Никберг И.И. Медицинский самоконтроль и образ жизни больного сахарным диабетом. – Донецк: Издатель Заславский А.Ю., 2012. – 542 с.
- Шаталюк С.С. Вплив метаболічного синдрому на перебіг доброякісної гіперплазії передміхурової залози / С.С. Шаталюк, Ф.І. Костев // Досягнення біології та медицини. – 2010. – № 1 (15). – С. 64–68.