

## ПЕРСПЕКТИВЫ ИНТЕГРАЦИИ ПОДХОДОВ К ИЗМЕНЕНИЮ ОБРАЗА ЖИЗНИ В СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В.А. Белаш\*, А.А. Потапчук, В.М. Теплов, С.Ф. Багненко

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»  
Минздрава России, Санкт-Петербург

## THE PROSPECTS FOR INTEGRATING LIFESTYLE CHANGES INTO THE HEALTHCARE SYSTEM

V.A. Belash\*, A.A. Potapchuk, V.M. Teplov, S.F. Bagненко

Pavlov First St-Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russia

\*E-mail: aerobelv@gmail.com

### Аннотация

Образ жизни является наиболее значимым из факторов, оказывающих влияние на здоровье человека. Самостоятельное изменение сложившегося образа жизни может стать сложной задачей для любого взрослого человека, имеющего факторы риска или развивающееся хроническое заболевание. Низкая приверженность врачебным рекомендациям критически снижает эффективность лечебно-профилактических мероприятий. Данная работа представляет обзор современных методов и технологий, направленных на модификацию образа жизни, примеров их реализации и клинико-экономической эффективности. Особое внимание уделено оценке возможности их интеграции в отечественное здравоохранение. Указывается необходимость единой системы, объединяющей медицинские, психологические и социальные аспекты образа жизни человека, для достижения активного долголетия населения.

**Ключевые слова:** медицина образа жизни, реабилитация, приверженность лечению, профилактика и общественное здоровье, хронические неинфекционные заболевания, школа пациента.

### Abstract

Lifestyle is the most significant factor which influences human health. Even minor lifestyle changes can be a challenge for any adult having risk factors or developing chronic disease. Low adherence to medical recommendations critically reduces the effectiveness of treatment and preventive measures. The present work is an overview of modern methods and technologies aimed at lifestyle modification with examples of their implementation and clinical and economic effectiveness. A particular attention is paid to assessing the feasibility of introducing these technologies into the national healthcare system. The need for a unified system that combines medical, psychological and social aspects of human lifestyle to achieve active longevity of the population is underlined.

**Keywords:** lifestyle medicine, rehabilitation, treatment adherence, prevention and public health, chronic noncommunicable diseases, school for patients.

**Ссылка для цитирования:** Белаш В.А., Потапчук А.А., Теплов В.М., Багненко С.Ф. Перспективы интеграции подходов к изменению образа жизни в систему здравоохранения. *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2025; 3: 90–95.

### Введение

Достижение активного долголетия – приоритетная задача в современной России. Национальный проект «Продолжительная и активная жизнь», разработанный по Указу Президента РФ от 07.05.2024 N 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года», реализуется с 1 января 2025 г. Его цель сформулирована В.В. Путиным как «рост продолжительности деятельности достойной жизни человека»; ключевая задача – повысить ожидаемую продолжительность жизни до 78 лет. Проект включает 11 федеральных программ, направленных на глубокую модернизацию системы здравоохранения [1, 2].

В перечень ведущих причин смертности как в России, так и во всем мире, входит ряд хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), таких как сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), болезни опорно-двигательного аппарата. Несмотря на доступность высокоэффективных препаратов, схем лечения, методов профилактики и реабилитации, в на-

стоящее время до 71% смертей в мире происходят по причине ХНИЗ [3, 4], большинство из которых являются «болезнями образа жизни». По данным Федеральной службы государственной статистики, на фоне повышения качества оказания медицинской помощи и увеличения продолжительности жизни в РФ сохраняется рост заболеваемости, числа дней временной нетрудоспособности и инвалидизации, обусловленных этими заболеваниями. Борьба с ХНИЗ и продвижение здорового образа жизни (ЗОЖ) являются актуальными задачами национального проекта «Продолжительная и активная жизнь».

**Цель исследования** – обобщить научные данные о медицинских технологиях изменения образа жизни в контексте целесообразности интеграции их в отечественную систему здравоохранения с целью дальнейшего повышения эффективности их применения.

### Материалы и методы

Поиск статей осуществлялся с помощью ресурсов научной электронной библиотеки eLIBRARY, наукометрических базы данных PubMed и платформы Google

Scholar. Поисковые запросы формировались на русском и английском языках. Изучены оригинальные исследования, обзорные статьи, систематические обзоры, метаанализы, а также исторически ключевые монографии и информационные ресурсы, посвященные изучению фундаментальных, клинических, организационных вопросов применения медицинских технологий изменения образа жизни человека. Из рассмотрения исключены все источники, не содержащие полного текста работы или не отвечающие задачам настоящего исследования. В представленный обзор вошла информация из 50 литературных источников.

## Обсуждение

### Взаимосвязь здорового образа жизни и ХНИЗ

ЗОЖ предотвращает большинство ХНИЗ, а при их развитии способствует снижению тяжести их протекания: уменьшению рисков обострений, осложнений, инвалидизации, в том числе на поздних стадиях. В частности, прекращение курения при терминальной ХОБЛ может добавить до пяти лет к продолжительности жизни [5]. Изменение образа жизни (ИОЖ) – актуальная задача для взрослого населения РФ, поскольку 4/5 его страдает ХНИЗ или имеет высокие риски их развития [6]. Только 50% пациентов интегрируют в свой образ жизни лечебные предписания, а достижение целевых показателей контроля ХНИЗ, например артериального давления, происходит лишь у 10% пациентов [7]. При этом 95% пациентов страдают от симптомов своего заболевания, 94% осознают важность назначенной терапии, 93% ощущают реальный эффект от лечения [8]. Формирование правильной привычки к, например, регулярному приему медицинского препарата и к более существенным ИОЖ: модификация рациона, физической активности, режима труда и отдыха, является непреодолимой преградой для многих людей.

Таким образом, дефицит инструментов для изменения образа жизни критически снижает эффективность как профилактических, так и лечебных мероприятий, создавая этический конфликт между пациентом и врачом ввиду назначения невыполняемого лечения. Технологии, направленные непосредственно на ИОЖ, учитывающие индивидуальные социокультурные особенности и жизненные цели человека, доступные для него вне зависимости от возраста и состояния здоровья, интегрируемые в существующую систему здравоохранения, являются важнейшим механизмом обеспечения лечебно-профилактической деятельности [9].

### Технологии изменения образа жизни

С середины прошлого века фундаментальные исследования в области физиологии и психологии открыли эпоху научного понимания возможностей по ИОЖ человека. Исследования электромагнитной, метаболической активности мозга указывают на ключевую роль префронтальной коры и миндалевидного тела в принятии решений, регулировании эмоций, длительном поддержании внимания и мотивации [10, 11], раскрывая нейрофизиологический базис управления поведением, в том числе результаты хрестоматийного «зефирного эксперимента» Уолтера Мишеля [12], феномен «истощения эго» [13], понятие «грит» Анжелы

Дакуорт [14] – приобретаемого качества, сочетающего страсть и настойчивость в достижении долгосрочных целей.

Теории изменения модели поведения [15] акцентируют внимание на базовых потребностях личности в автономии, компетентности, связи с другими (теория самодетерминации, Э. Диси, Р. Райан) [16]; этапах изменения (транстеоретическая модель, Дж. Прохазка, К. Ди Клементе) [17]; факторах, оказывающих влияние на изменения (теория самоэффективности, А. Бандура) [18].

В настоящее время благодаря высокой эффективности широкое распространение в клинической практике, сфере услуг, ассоциированных с ЗОЖ и благополучием, получили следующие научно-практические концепции: когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), применяемая в клинической практике для лечения широкого спектра эмоциональных и поведенческих расстройств, включая зависимости, бессонницу, нарушения пищевого поведения [19]; мотивационное консультирование (МК), доступное, в отличие от КПТ, гораздо большему спектру специалистов. Психолингвистический метод МК – «это стиль совместной беседы, направленный на укрепление личной мотивации человека и его готовности к изменению» [20]. МК нашло широкое применение в профилактике, лечении и реабилитации ХНИЗ [21].

Важнейшей концепцией, открывающей возможность внедрения технологий изменения образа жизни в систему здравоохранения, является биопсихосоциальная модель болезни (Дж.Л. Энгел, 1977), в основе которой болезнь и здоровье рассматриваются как результат взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов. Она стала альтернативой биомедицинской модели, принятой в здравоохранении многих стран [22, 23], и лежит в основе отечественной модели медицинской реабилитации.

Специализированные программы по изменению образа жизни, клиническое применение МК могут оказать существенное влияние на итоги борьбы с ХНИЗ [24]. Комплаентность (выполнение медицинских предписаний) при этом становится значимым прогностическим фактором [25, 26] с необходимостью рутинной оценки и контроля [27].

### Системы интеграции коррекции образа жизни в здравоохранение

В течение многих лет ВОЗ обращает внимание на относительно умеренный вклад системы здравоохранения (10%) в здоровье человека, тогда как в большей степени оно определяется образом жизни (50%), наследственностью (20%) и экологией (20%) [28]. При этом образ жизни имеет глубокую связь с медицинскими аспектами жизни человека, что определяет развитие медицины образа жизни (МОЖ) – медицинской специальности, которая использует методы изменения поведения для терапевтических вмешательств в образ жизни в качестве метода лечения ХНИЗ [29, 30]. Выделяют «шесть столпов МОЖ»: здоровое питание, физическая активность, управление стрессом, восстановительный сон, здоровые отношения, минимизация воздействия опасных веществ. Ассоциации сертифицированных специалистов МОЖ развиты в более чем 30 странах.

В отличие от специалиста МОЖ, наставник по здоровью и благополучию (wellness coach) ориентирован на профилактику ХНИЗ и внедрение ИОЖ с целью достижения индивидуальных жизненных целей человека, то есть самореализации. Высокая эффективность «велнес коучинга» позволила включить его в национальную систему здравоохранения США в 2024 г. [31]. Родоначальник направления wellness, врач клиники Мэйо Х.Л. Данн (1896–1975), проводил различие между «хорошим здоровьем» (отсутствием болезней) и тем, что он называл «здоровьем высокого уровня», которое он определял как «состояние перемен, в котором человек движется вперед, поднимаясь к более высокому уровню функционирования» [32]. Wellness Хэлберта Л. Данна раскрывает понятие «здоровье» как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствия болезней и физических дефектов [33], привнося в него динамику постоянного изменения человека на пути к благополучию.

Основным учреждением оздоровительно-профилактического направления системы здравоохранения является центр общественного здоровья, концепция которого, реализуемая в мировой практике [34], в том числе в РФ, подразумевает проведение первичной, в ряде случаев вторичной, профилактики ХНИЗ, наделая центры функциями консультирования и активного формирования ЗОЖ, ведения школ здоровья и оздоровительных программ специалистами, прошедшими тематическое усовершенствование по формированию ЗОЖ (приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 г. № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»).

Таким образом, можно выделить три этапа интервенции для изменения образа жизни человека, соответствующих современному определению здоровья:

- 1) этап лечения ХНИЗ, осуществляемый в ЛПУ врачом, специалистом медицины образа жизни;
- 2) этап первичной и вторичной профилактики, реализуемый врачом центра здоровья, прошедшим тематическое усовершенствование по формированию ЗОЖ;
- 3) этап самореализации, проводимый на базе центра благополучия наставником по здоровью и благополучию, в том числе в составе мультидисциплинарной команды.

### Эффективность программ изменения образа жизни

В настоящее время имеются убедительные доказательства клинической эффективности применения технологий изменения образа жизни в лечении пациентов с гиперхолестеринемией [35], артериальной гипертензией [36], ишемической болезнью сердца [37], сахарным диабетом 2-го типа [38], хронической обструктивной болезнью легких [39], ожирением [40], заболеваниями опорно-двигательного аппарата [41]. Отмечены клинически значимые улучшения целевых показателей для данных заболеваний, таких как уровень липопротеидов, гликированного гемоглобина крови, артериального давления, индекса массы тела. Кроме

того, доказано снижение заболеваемости, частоты обострений, обращений за медицинской помощью и госпитализаций, а также повышение уровня контроля над заболеванием и приверженности к лечению, что отражает экономическую эффективность вследствие снижения затрат на лечение, уменьшения дней нетрудоспособности [42, 43].

Условиями эффективных оздоровительных программ являются:

- 1) высокий уровень квалификации специалистов;
- 2) четкое целеполагание: включение компонентов контроля заболевания, избегание общеоздоровительного характера программ;
- 3) определение продолжительности для эффективного закрепления программы: может иметь временной промежуток от единственной сессии до нескольких лет, однако оптимальна продолжительность 2–3 месяца, т.к. при коротком сроке может снижаться клиническая эффективность, а при более длительном – существенно увеличивается стоимость самой интервенции [44].

Исследование глобального института благополучия (Global Wellness Institute) показало, что стоимость мирового рынка индустрии оздоровления достигла 6.3 трлн долларов в 2023 г., что в четыре раза больше, чем мировая фармацевтическая промышленность (1.6 трлн долларов) и составляет почти 60% всех потребительских расходов на здравоохранение (10.6 трлн долларов) [45].

Таким образом, современные технологии ИОЖ эффективно применяются для профилактики ХНИЗ, их лечения, а также достижения индивидуального благополучия реципиентов (wellness).

### Предпосылки интеграции технологий изменения образа жизни в здравоохранение РФ

Ключевым фактором эффективности технологий изменения образа жизни на популяционном уровне является интегрируемость их в существующую систему отечественного здравоохранения. Приоритет профилактической медицины в сфере охраны здоровья закреплён в статье 12 ФЗ № 323 от 21.11.11 г. («Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), а ее успешное системное развитие в течение последующих лет обеспечило появление инфраструктуры и методологической базы, включая соответствующие профессиональные компетенции специалистов (врач физической и реабилитационной медицины, врач по ЛФК и спортивной медицине, клинический психолог, специалист по физической реабилитации, эрготерапевт) по интервенции в образ жизни [46, 47]. Несмотря на традиционное включение в сферу внимания профилактической медицины задач, направленных только на профилактику заболеваний и минимизацию их вреда, и отсутствие задач, направленных на достижение благополучия («сверхздоровья»), ее трехуровневая структура оптимальна для интеграции современной концепции ИОЖ:

- первичная профилактика, направленная на сохранение здоровья, формирование ЗОЖ (может быть дополнена wellness-технологиями достижения благополучия);
- вторичная профилактика, обеспечивающая контроль над имеющимися заболеваниями (технологии ИОЖ могут применяться лечащим врачом либо выступать в каче-

стве самостоятельных интервенций в рамках «школы пациента»);

- третичная профилактика, представляющая собой реабилитацию, является экстремумом клинической реализации программ ИОЖ, поскольку модифицирует изменяющийся инвалидизирующим состоянием образ жизни пациента [48].

Реализуемая с 2020 г. новая биопсихосоциальная модель реабилитации [49] открыла дорогу для полноценного становления медицины образа жизни благодаря отработанным в клинической практике принципам модификации образа жизни, включающим: пациент-центрированный подход; мультидисциплинарность; раннее начало реабилитационных мероприятий; непрерывность; этапность; преемственность [50].

Кроме того, развитие восстановительной и спортивной медицины [47], постоянный рост в течение 15 лет числа санаторно-курортных организаций, мест отдыха, включая туристические базы и кемпинги, спортивных сооружений, производства спортивного оборудования [5] и увеличение числа спортивных и физкультурно-оздоровительных организаций и мероприятий, в том числе для людей с ограниченными возможностями, создают условия не только для сохранения здоровья здоровых людей, но и для его укрепления и дальнейшего развития положительной динамики у людей, имеющих хронические, в том числе инвалидизирующие, заболевания, чтобы помочь пациентам преодолеть путь «от реанимации до врачебно-физкультурного диспансера» [47].

## Заключение

В настоящем литературном обзоре рассмотрены основы медицины образа жизни, направленной на активное долголетие и борьбу с ХНИЗ. Было показано, что хронические неинфекционные заболевания являются ведущей причиной смертности как в России, так и во всем мире, и что изменение образа жизни играет ключевую роль в профилактике и лечении ХНИЗ. Мировая практика убедительно указывает на высокую клиничко-экономическую эффективность программ по изменению образа жизни как в профилактике и лечении ХНИЗ, так и в сфере благополучия человека.

В России накоплен богатый опыт восстановительной медицины, а также существуют предпосылки для интеграции в отечественное здравоохранение технологий изменения образа жизни, такие как приоритет профилактической медицины, наличие инфраструктуры, методологическая база, а также профессиональные компетенции специалистов, способных проводить интервенции в образ жизни. Однако в настоящее время отсутствует единая система персонализированного оздоровления для здоровых и нездоровых людей, реализующая принцип постоянного движения человека к благополучию, а не только борьбу с заболеваниями.

Образ жизни человека отражает все выполненные им действия по достижению здоровья, благодаря чему является ключевым фактором объединения реабилитационно-оздоровительных мероприятий в единую антропоцентричную преемственную систему. Она особенно актуальна в настоящее время в связи с появлением большого числа молодых инвалидизированных людей, имеющих высокий потенциал самореализации в различных жизненных сферах.

Существующая структура профилактической медицины и конкретно новая биопсихосоциальная модель реабилитации являются необходимым фундаментом для практической реализации технологий изменения образа жизни на пути к достижению продолжительной и активной, достойной жизни для каждого человека.

## Литература

1. Постановление Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации «Об основных результатах национального проекта «Здравоохранение» и о задачах нового национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» от 20.11.2024 № 493-СФ // Официальный интернет-портал правовой информации. – 2024. [Resolution of the Federation Council of the Federal Assembly of the Russian Federation “On the main results of the national project ‘Healthcare’ and on the objectives of the new national project ‘Long and active life’” dated 20.11.2024 No 493-SF // Official Internet portal of legal information. – 2024. In Russian].
2. Национальный проект «Продолжительная и активная жизнь» // Правительство России. [National project «Long and active life» // The Russian Government. In Russian]. URL: <https://http://government.ru/rugovclassifier/917/about/>.
3. 10 causes of death // World Health Organisation. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года» от 15.01.2020 № 8 // Официальный интернет-портал правовой информации. – 2020. [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation “On approval of the Strategy for the formation of a healthy lifestyle of the population, prevention and control of non-communicable diseases for the period up to 2025” dated 01/15/2020 No 8 // Official Internet portal of legal information. – 2020. In Russian].
5. Fletcher C. et al. The natural history of chronic airflow obstruction // Br. Med. J. – 1977. – V. 1. – No 6077. – P. 1645–1648. DOI: 10.1136/bmj.1.6077.1645.
6. Сененко А.Ш. и др. Динамика распределения взрослого населения по группам здоровья за период 2013–2021 гг. // Социальные аспекты здоровья населения. – 2022. – Т. 68. – № 6. – С. 6. [Senenko A.Sh. et al. Dynamics of distribution of the adult population by health groups for the period 2013–2021 // Social aspects of population health. – 2022. – V. 68. – No 6. – P. 6. In Russian]. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-6-6.
7. Мачильская О.В. Факторы, определяющие приверженность к лечению больных артериальной гипертензией (обзор литературы) // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2016. – Т. 9. – № 3. – С. 55–65. [Machilskaya O.V. The factors determining adherence to treatment in arterial hypertension patients (literature review) // Cardiology and Cardiovascular Surgery. – 2016. –

- V. 9. – No 3. – P. 55–65. In Russian]. DOI: 10.17116/kardio20169355-65.
8. Оценка комплаенса пациентов поликлиники и стационара по данным анкетирования // Социальные аспекты здоровья населения. – 2023. – Т. 69. – № 5. [Assessment of compliance of polyclinic and hospital patients based on survey data // Social Aspects of Public Health. – 2023. – V. 69. – No 5. In Russian]. DOI: 10.21045/2071-5021-2023-69-5-9.
  9. Fallows E.S.V. Lifestyle medicine: a cultural shift in medicine that can drive integration of care // Future Healthcare Journal. – 2023. – Т. 10. – No 3. – P. 226–231. DOI: 10.7861/fhj.2023-0094.
  10. Levy R. The prefrontal cortex: from monkey to man // Brain. – 2024. – V. 147. – No 3. – P. 794–815. DOI: 10.1093/brain/awad389.
  11. Dolan R.J. The human amygdala and orbital prefrontal cortex in behavioural regulation // Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences. – 2007. – V. 362. – No 1481. – P. 787–799. DOI: 10.1098/rstb.2007.2088.
  12. Bar M. Wait for the second marshmallow? Future-oriented thinking and delayed reward discounting in the brain // Neuron. – 2010. – V. 66. – No 1. – P. 4–5. DOI: 10.1016/j.neuron.2010.04.001.
  13. Baumeister R.F. et al. Self-control and limited willpower: current status of ego depletion theory and research // Current Opinion in Psychology. – 2024. – P. 101882. DOI: 10.1016/j.copsyc.2024.101882.
  14. Wang S. et al. Grit and the brain: spontaneous activity of the dorsomedial prefrontal cortex mediates the relationship between the trait grit and academic performance // Social Cognitive and Affective Neuroscience. – 2017. – V. 12. – No 3. – P. 452–460. DOI: 10.1093/scan/nsw145.
  15. Glanz K. et al. Health behavior theories // Philosophies and theories for advanced nursing practice. – 2011. – P. 247–270.
  16. Ntoumanis N. et al. A meta-analysis of self-determination theory-informed intervention studies in the health domain: effects on motivation, health behavior, physical, and psychological health // Health Psychology Review. – 2021. – V. 15. – No 2. – P. 214–244. DOI: 10.1080/17437199.2020.1718529.
  17. Hashemzadeh M. et al. Transtheoretical model of health behavioral change: a systematic review // Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. – 2019. – V. 24. – No 2. – P. 83–90. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR\_94\_17.
  18. Шиленкова Л.Н. Самоэффективность в образовательном процессе (обзор зарубежных исследований) // Современная зарубежная психология. – 2020. – Т. 9. – № 3. – С. 69–78. [Shilenkova L.N. Self-efficacy in the educational process (review of foreign studies) // Modern Foreign Psychology. – 2020. – V. 9. – No 3. – P. 69–78. In Russian]. DOI: 10.17759/jmfp.2020090306.
  19. Hofmann S.G. et al. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses // Cognitive Therapy and Research. – 2012. – V. 36. – P. 427–440. DOI: 10.1007/s10608-012-9476-1.
  20. Миллер У. и др. Мотивационное консультирование. Как помочь людям измениться. – М.: Эксмо. – 2017. [Miller W. et al. Motivational Interviewing. Helping People Change. – Moscow: Eksmo. – 2017. In Russian].
  21. Zomahoun H.T.V. et al. Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis // International Journal of Epidemiology. – 2017. – V. 46. – No 2. – P. 589–602. DOI: 10.1093/ije/dyw273.
  22. Wade D.T. et al. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come // Clinical Rehabilitation. – 2017. – V. 31. – No 8. – P. 995–1004. DOI: 10.1177/0269215517709890.
  23. Bolton D. A revitalized biopsychosocial model: core theory, research paradigms, and clinical implications // Psychological Medicine. – 2023. – P. 1–8. DOI: 10.1017/S0033291723002660.
  24. VanBuskirk K.A. et al. Motivational interviewing with primary care populations: a systematic review and meta-analysis // Journal of Behavioral Medicine. – 2014. – V. 37. – P. 768–780. DOI: 10.1007/s10865-013-9527-4.
  25. Burnier M. The role of adherence in patients with chronic diseases // European Journal of Internal Medicine. – 2024. – V. 119. – P. 1–5. DOI: 10.1016/j.ejim.2023.07.008.
  26. DiMatteo M.R. et al. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis // Medical Care. – 2002. – V. 40. – No 9. – P. 794–811. DOI: 10.1097/00005650-200209000-00009.
  27. Захарова Е.В. Теоретические концепции и методы исследования комплаенса и приверженности лечению // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2019. – Т. 12. – № 3. – С. 96–110. [Zakharova E.V. Theoretical concepts and methods for studying compliance and adherence to treatment // Theoretical and Experimental Psychology. – 2019. – V. 12. – No 3. – P. 96–110. In Russian].
  28. Determinants of health. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>.
  29. Lifestyle Medicine Global Alliance. URL: <https://lifestylemedicineglobal.org/>.
  30. American College of lifestyle medicine. URL: <https://lifestylemedicine.org/>.
  31. Abu Dabrh A.M. et al. Health & wellness coaching services: making the case for reimbursement // American Journal of Lifestyle Medicine. – 2024. – P. 15598276241266784. DOI: 10.1177/15598276241266784.
  32. Dunn H.L. High-level wellness: a collection of twenty-nine short talks on different aspects of the theme // High-Level Wellness for Man and Society. Arlington, VA: R.W. Beatty, Ltd. – 1961.
  33. Constitution. World Health Organisation. URL: <https://www.who.int/ru/about/governance/constitution/>.
  34. Nagel D.A. et al. Concept analysis and proposed definition of community health center // Journal of Primary Care & Community Health. – 2021. – V. 12. – P. 21501327211046436. DOI: 10.1177/21501327211046436.
  35. Vale M.J. et al. Coaching patients with coronary heart disease to achieve the target cholesterol: a method to bridge the gap between evidence-based medicine

- and the “real world” – randomized controlled trial // *Journal of Clinical Epidemiology*. – 2002. – V. 55. – No 3. – P. 245–252. DOI: 10.1016/S0895-4356(01)00460-7.
36. Mills K.T. et al. Comparative effectiveness of implementation strategies for blood pressure control in hypertensive patients: a systematic review and meta-analysis // *Annals of Internal Medicine*. – 2018. – V. 168. – No 2. – P. 110–120. DOI: 10.7326/M17-1805.
37. Ornish D. et al. Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease // *Jama*. – 1998. – V. 280. – No 23. – P. 2001–2007. DOI: 10.1001/jama.280.23.2001.
38. Pirbaglou M. et al. Personal health coaching as a type 2 diabetes mellitus self-management strategy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *American Journal of Health Promotion*. – 2018. – V. 32. – No 7. – P. 1613–1626. DOI: 10.1177/0890117118758234.
39. Cannon D. et al. The effects of chronic obstructive pulmonary disease self-management interventions on improvement of quality of life in COPD patients: A meta-analysis // *Respiratory Medicine*. – 2016. – V. 121. – P. 81–90. DOI: 10.1016/j.rmed.2016.11.005.
40. Wadden T.A. et al. Lifestyle modification approaches for the treatment of obesity in adults // *American Psychologist*. – 2020. – V. 75. – No 2. – P. 235. DOI: 10.1037/amp0000517.
41. Tingulstad A. et al. Six-month cost-effectiveness of adding motivational interviewing or a stratified vocational advice intervention to usual case management for workers with musculoskeletal disorders: the MI-NAV economic evaluation // *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. – 2023. – V. 18. – No 1. – P. 25. DOI: 10.1186/s12995-023-00394-2.
42. Sforzo G.A. et al. Compendium of health and wellness coaching: 2019 addendum // *American Journal of Lifestyle Medicine*. – 2020. – V. 14. – No 2. – P. 155–168. DOI: 10.1177/1559827619850489.
43. Azad T. et al. Outcomes of preventive health programs: Evaluating the long-term economic benefits of preventive health programs, including vaccination campaigns, wellness initiatives, and early screening programs // *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*. – 2024. – V. 11. – No 2. – P. 109–117. DOI: 10.5281/zenodo.11503345.
44. Kim S. et al. Effects of self-management programs on behavioral modification among individuals with chronic disease: a systematic review and meta-analysis of randomized trials // *PLoS One*. – 2021. – V. 16. – No 7. – P. e0254995. DOI: 10.1371/journal.pone.0254995.
45. 2024 Global Wellness Economy Monitor. – Global wellness institute. URL: <https://globalwellnessinstitute.org/industry-research/2024-global-wellness-economy-monitor/>.
46. Шмонин А.А. и др. Проблемы приверженности лекарственной терапии в медицинской реабилитации // *Доктор.Ру*. – 2017. – Т.11. – № 140. – С. 19–26. [Shmonin A. A. et al. Issues of compliance with drug treatment in medical rehabilitation // *Doctor.Ru*. – 2017. – V. 11. – No 140. – P. 19–26. In Russian].
47. Разумов А.Н. Концептуальное обоснование места и роли нового научно-практического направления восстановительной медицины в системной организационной структуре здравоохранения Российской Федерации // *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры*. – 2013. – Т. 90. – № 1. – С. 10–19. [Razumov A.N. Conceptual substantiation of the place and the role of a new research and practical area of rehabilitative medicine in the systemic organizational structure of the health care service in the Russian Federation // *Problems of Balneology, Physiotherapy and Exercise Therapy*. – 2013. – V. 90. – No 1. – P. 10–19. In Russian].
48. Еремушкин М.А. Модели медицинской реабилитации: проблемы и их решения // *Российский остеопатический журнал*. – 2023. – № 3. – С. 86–94. [Eremushkin M.A. Models of medical rehabilitation: problems and their solutions // *Russian Osteopathic Journal*. – 2023. – No 3. – P. 86–94. In Russian]. DOI: 10.32885/2220-0975-2023-3-86-94.
49. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788Н «Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации взрослых». – 2021. – Т. 21. [Order of the Ministry of the Russian Federation of July 31, 2020 No 788N “On approval of the procedure for organizing medical rehabilitation of adults”. – 2021. – V. 21. In Russian]. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74581688>.
50. Шмонин А.А. и др. Базовые принципы медицинской реабилитации, реабилитационный диагноз в категориях МКФ и реабилитационный план // *Вестник восстановительной медицины*. – 2017. – № 2. – С. 16–22. [Shmonin A.A. et al. Basic principles of medical rehabilitation, rehabilitation diagnosis in ICF categories and rehabilitation plan // *Bulletin of Restorative Medicine*. – 2017. – No 2. – P. 16–22. In Russian].