

Общероссийская общественная организация  
«Российское научное медицинское общество терапевтов» (РНМОТ)

Секция «Приверженность лечению»



---

# УПРАВЛЕНИЕ ЛЕЧЕНИЕМ НА ОСНОВЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ РНМОТ

---

Одобрены XIV Национальным конгрессом терапевтов  
20-22 ноября 2019 г., г. Москва



Российское научное медицинское общество терапевтов 2019-2020 ©  
УДК 616.1/.9-08:614.253.8

## УПРАВЛЕНИЕ ЛЕЧЕНИЕМ НА ОСНОВЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ РНМОТ

### РАБОЧАЯ ГРУППА

Н.А. Николаев<sup>1</sup>, А.И. Мартынов<sup>2</sup>, Ю.П. Скирденко<sup>1</sup>, Ф.Т. Агеев<sup>3</sup>, К.А. Андреев<sup>1</sup>, В.Н. Анисимов<sup>4</sup>, Л.Г. Бабичева<sup>6</sup>, С.С. Бунова<sup>7</sup>, И.А. Васильева<sup>35</sup>, И.А. Викторова<sup>1</sup>, О.И. Виноградов<sup>8</sup>, И.А. Волчегорский<sup>9</sup>, П.А. Воробьев<sup>10</sup>, А.С. Галевич<sup>11</sup>, О.В. Гаус<sup>1</sup>, В.Г. Гомберг<sup>12</sup>, А.В. Горбенко<sup>1</sup>, О.М. Драпкина<sup>13</sup>, А.В. Ершов<sup>14, 15, 16</sup>, В.С. Задонченко<sup>2</sup>, С.К. Зырянов<sup>17</sup>, Р.С. Карпов<sup>18, 19</sup>, Ж.Д. Кобалава<sup>17, 20</sup>, С.В. Колбасников<sup>21</sup>, К.О. Кондратьева<sup>4</sup>, А.О. Конради<sup>22</sup>, Л.Б. Лазебник<sup>2</sup>, М.А. Ливзан<sup>1</sup>, А.Г. Малявин<sup>2</sup>, В.Ю. Мареев<sup>20</sup>, И.В. Медведева<sup>23</sup>, Н.В. Михайлова<sup>24, 25</sup>, С.В. Моисеев<sup>15</sup>, О.Л. Морозова<sup>15</sup>, Д.А. Напалков<sup>15</sup>, А.О. Недошивин<sup>22</sup>, А.В. Нелидова<sup>1</sup>, Г.И. Нечаева<sup>1</sup>, В.С. Никифоров<sup>26</sup>, А.В. Писклаков<sup>1</sup>, И.В. Поддубная<sup>6</sup>, С.В. Попов<sup>18</sup>, В.В. Птушкин<sup>27</sup>, А.П. Ребров<sup>28</sup>, Е.В. Ройтман<sup>5, 29</sup>, Р.И. Сайфутдинов<sup>30</sup>, Т.Ю. Семиглазова<sup>4</sup>, В.И. Совалкин<sup>1</sup>, Н.В. Советкина<sup>12</sup>, В.П. Терентьев<sup>31</sup>, Г.Ф. Тотчиев<sup>17</sup>, Г.С. Тумян<sup>6, 32</sup>, В.П. Тюрин<sup>8</sup>, М.М. Федорин<sup>1</sup>, Т.В. Фофанова<sup>3</sup>, Р.Н. Шепель<sup>13</sup>, А.В. Ягода<sup>33</sup>, С.С. Якушин<sup>34</sup>.

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Омский медицинский государственный университет Минздрава России, Омск, Российская Федерация

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup>ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>4</sup>ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

<sup>5</sup>ФГАУ ВО Российский государственный национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>6</sup>ФГБОУ ВПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>7</sup>ФГАУ ВО Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Российская Федерация

<sup>8</sup>ФГБУ Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>9</sup>ФГБОУ ВО Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, Челябинск, Российская Федерация

<sup>10</sup>ФГБОУ ВО Московский государственный университет пищевых производств, Москва, Российская Федерация

<sup>11</sup>ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, Казань, Российская Федерация

<sup>12</sup>СПб ГБУЗ Городской гериатрический медико-социальный центр, Санкт-Петербург, Российская Федерация

<sup>13</sup>ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>14</sup>ФГАУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

<sup>15</sup>ФГБНУ Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии, Москва, Российская Федерация

<sup>16</sup>ФГБОУ ВО Московский педагогический государственный университет, Москва, Российская Федерация

<sup>17</sup>ФГАУ ВО Российский университет дружбы народов, Москва, Российская Федерация

<sup>18</sup>ФГБНУ Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Российская Федерация

<sup>19</sup>ФГБОУ ВО Сибирский государственный медицинский университет Минздрава России, Томск, Российская Федерация

<sup>20</sup>ФГБОУ ВО Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, Российская Федерация

<sup>21</sup>ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России, Тверь, Российская Федерация

<sup>22</sup>ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

<sup>23</sup>ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, Тюмень, Российская Федерация

<sup>24</sup>НИИ Детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой ПСПГМУ им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

<sup>25</sup>ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

<sup>26</sup>ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.М. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

<sup>27</sup>ГБУЗГМ Городская клиническая больница им. С.П. Боткина, Москва, Российская Федерация

<sup>28</sup>ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов, Российская Федерация

<sup>29</sup>ФГБНУ Научный центр неврологии, Москва, Российская Федерация

<sup>30</sup>ФГБОУ ВО Оренбургский государственный медицинский университет Минздрава России, Оренбург, Российская Федерация

<sup>31</sup>ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, Ростов, Российская Федерация

<sup>32</sup>ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>33</sup>ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России, Ставрополь, Российская Федерация

<sup>34</sup>ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова Минздрава России, Рязань, Российская Федерация

<sup>35</sup>ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Научно-методологическое сопровождение Консенсуса осуществляет секция «Приверженность лечению» (председатель д.м.н., доцент Н.А. Николаев, e-mail: med@omgtmu.ru, niknik.67@mail.ru)



## СОДЕРЖАНИЕ

1	Введение	4
2	Прогноз эффективности медицинских вмешательств в зависимости от уровня приверженности лечению	11
3	Управление лечением: выбор лечебной стратегии в зависимости от прогноза эффективности медицинских вмешательств	16
4	Литература	18
5	Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру рекомендаций	23
6	Приложение А2. Методология разработки рекомендаций	29
7	Приложение А3. Связанные документы	33
8	Приложение Б. Алгоритм действий врача	33
9	Приложение В. Информация для пациентов	33
10	Приложение Г. Вопросник приверженности лечению КОП-25	36



## ВЕДЕНИЕ

Под приверженностью лечению принято понимать степень соответствия поведения больного относительно рекомендаций, полученных от врача в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни [51]. Оценка приверженности в качестве основы для последующего принятия врачебных решений является важным звеном повышения эффективности системы здравоохранения [2, 13, 17].

Уровень доказательности: 2А.

Накапливается все больше доказательств, свидетельствующих, что приверженность является намного более важным фактором, чем считалось раньше. Контроль терапии путем исследования проб крови и мочи на присутствие лекарственных препаратов, демонстрирует очень низкий уровень лекарственной приверженности. Исследования, выполненные в общей популяции, показывают, что приверженность, оцениваемая по регулярности обновления рецептов, у половины больных составляла менее 50% [45, 78].

Уровень доказательности: 2А.

Прогнозы в отношении результатов и исходов лечения не могут быть признаны эффективными, если уровень приверженности не используются для обоснования планирования и оценки проектов [83]. Оценка приверженности позволяет избежать большого числа дорогостоящих обследований и процедур (включая интервенционное лечение), а также назначения ненужных лекарственных препаратов [37].

Уровень доказательности: 2А.

Изменение приверженности – непрерывный и динамичный процесс. Любая популяция пациентов может быть сегментирована в соответствии с уровнем готовности к выполнению рекомендаций [13, 16, 17, 25, 26].

Уровень доказательности: 1В.

Исключительно важной задачей является оценка влияния терапевтических стратегий на приверженность и терапевтическую инертность в циркулярных исследованиях, в условиях реальной клинической практики. Результаты таких исследований относительно влияния терапии (в том числе комбинированной) на приверженность, контроль параметров и исходы были бы очень значимы, поскольку в классических РКИ при наличии мотивации клинического персонала и пациентов и тщательного контроля проводимого лечения, сделать это крайне сложно [64].

Уровень доказательности: 2А.

Оценка приверженности проводилась в относительно небольшом количестве исследований, по сравнению с количеством исследований различных препаратов и режимов терапии. В связи с этим, доказательств, свидетельствующих о том, что устойчивое повышение приверженности к лекарственной терапии может быть достигнуто с помощью современных ресурсов, мало. Это связано, прежде всего, с небольшой продолжительностью большинства исследований, их гетерогенностью и небезупречным дизайном. Смогут ли доступные технологии значимо и долгосрочно улучшить результаты терапии, должно быть показано в адекватно спланированных исследованиях, дизайнов РКИ и циркулярной модели [14, 15, 33].

Уровень доказательности: 2В.



Управление лечением на основании индивидуального уровня приверженности, либо управление приверженностью может иметь большее влияние на здоровье населения, чем улучшение специфического медицинского лечения [13, 19, 22, 83].

Уровень доказательности: 2А.

Недостаточная приверженность лечению является глобальной проблемой современной медицины [51, 83]. Приверженность лечению больных, страдающих хроническими заболеваниями, является одним из важнейших факторов, обеспечивающих качество терапии и непосредственно влияющих на прогноз [56, 59].

Уровень доказательности: 2А.

Все больше данных свидетельствует о том, что низкая приверженность к лечению, помимо врачебной инертности (отсутствие изменений в лекарственной терапии при не достижении контролируемого результата) является ведущей причиной неадекватного лечения [46, 50, 60].

Уровень доказательности: 2А.

Абсолютная приверженность лечению, то есть стабильная на протяжении продолжительного либо неограниченного периода времени, при которой пациент точно соблюдает все медицинские рекомендации, регистрируется только в отдельных РКИ и ЦИ, и не является типичной для реальной медицинской практики [4, 83].

Уровень доказательности: 2А.

Общая приверженность лечению и её отдельные составляющие могут быть прогнозируемы с достаточной степенью точности, на основе постоянно расширяющегося перечня предикторов и средств оценки и измерения приверженности [13, 14-17, 19].

Уровень доказательности: 2А.

Все известные методы изучения приверженности, как прямые, так и непрямые, обладают методологическими либо технологическими недостатками [22, 76, 83].

Уровень доказательности: 1А.

Из основных методов оценки приверженности (прямой вопрос; счёт препаратов; измерение концентрации препаратов или их метаболитов в средах и биологических жидкостях организма человека; мониторинг визитов и вмешательств, электронное мониторирование; использование систем дистанционного контроля, анкетирование), наилучшим по соотношению трудозатраты/эффективность является анкетирование. Наиболее распространенным и рутинно применимым методом анкетирования является оценка приверженности с помощью вопросников [51, 83].

Уровень доказательности: 2В.

В медицинской практике предпочтительны вопросники, позволяющие исследовать приверженность количественно, применимые универсально у больных с различными заболеваниями, и имеющими возможность автоматизированного ввода и обработки данных [13, 17, 22].

Уровень доказательности: 2А.

Ценность большинства стандартизированных вопросников невелика, тогда как другие методы, например, определение содержания препаратов в крови и моче, информативны, но не могут быть широко использованы [35, 61, 80]. Результаты применения вопросников



нередко переоценивают приверженность. Оценка приверженности может стать лучше при появлении более дешевых и надежных методов выявления препаратов, которые можно применять в условиях повседневной практики [40, 53]. Традиционное применение для оценки приверженности лечению вопросников «короткой шкалы» (например, MMAS-4, MMAS-8) несет серьезные ограничения в связи с высоким риском внесения пациентами заведомо ложных ответов (приводящим к существенному завышению результатов) [8, 9, 11] и, как следствие, низкой валидности тестов. В РФ единственным вопросником количественной оценки приверженности лечению по шкалам лекарственной терапии, медицинского сопровождения и модификации образа жизни, обладающим достаточным уровнем валидности и утвержденным в установленном порядке профессиональным общественным объединением, является КОП-25 [13, 17, 21].

Уровень доказательности: 2B.

При оценке приверженности лекарственной терапии приемлемым может считаться уровень не менее 75%, а оптимальным – не менее 80% [7, 54, 55, 62].

Уровень доказательности: 2B.

Долгосрочная приверженность любому лечению низкая, вне зависимости от заболевания, и в большинстве случаев не превышает 50% от теоретически возможной. У большинства пациентов исходная приверженность лечению (или выполнению отдельных медицинских рекомендаций) с течением времени снижается [1, 5, 10, 34, 41].

Уровень доказательности: 1A.

Недостаточная приверженность лечению опасна серьезными последствиями и является самостоятельным фактором, ухудшающим прогноз [1, 47, 84]. Следствием недостаточной приверженности лекарственной терапии и модификации образа жизни является ухудшение течения заболеваний и их прогноза при одновременном увеличении стоимости лечения [66, 67, 69, 72, 74, 75, 78]. Основным недостатком мероприятий по изменению образа является низкая приверженность к нему с течением времени [77, 82]. Глобальные последствия недостаточной приверженности лечению – ухудшение здоровья и увеличение общих расходов на здравоохранение; влияние недостаточной приверженности лечению растет по мере роста бремени хронических заболеваний [83].

Уровень доказательности: 2A.

Мероприятия, направленные на повышение приверженности, в краткосрочной и среднесрочной перспективе обеспечивают значительную положительную отдачу инвестиций в первичную и вторичную профилактику. Вместе с тем, специальные образовательные программы, направленные на повышение приверженности к лечению, с течением времени снижают свою эффективность и в отдаленной перспективе малоэффективны или не эффективны [4, 83].

Уровень доказательности: 2A.

При хронических соматических заболеваниях доля больных, не приверженных лечению, составляет 20-60% [24, 42, 69, 81].

Уровень доказательности: 2B.

При сердечно-сосудистых заболеваниях достаточная приверженность лекарственной терапии по сравнению с недостаточной уменьшает риск развития сердечно-сосудистых событий на 20%, а риск летальных исходов от любого заболевания – на 35-40% [65].

Уровень доказательности: 1A.





Преждевременная отмена лекарственной терапии и неадекватное следование рекомендациям являются наиболее частыми проявлениями низкой приверженности. Более 30% пациентов самостоятельно отменяют назначенную терапию через 6 месяцев, а через 1 год более 50% пациентов [68]. В течение последующих 12 месяцев после перенесенного коронарного события самостоятельно прекращает рекомендованную терапию 30%, а при артериальной гипертензии более 60% пациентов, при этом половина из них в качестве главных причин указывает опасения «привыкания» (формирования зависимости) и прямого «вреда» от проводимой терапии [1, 24, 36]. Низкая приверженность к назначенной терапии является частой причиной псевдорезистентности, которая выявляется у 50% пациентов при обследовании с помощью лабораторного мониторинга приема препаратов [52, 58, 79].

Уровень доказательности: 2A.

Предикторами достаточной приверженности лечению являются высшее образование [5], наличие группы инвалидности [32], старший возраст [38, 62, 71] и кратность приема препаратов. Однократный прием препаратов (в т.ч. в форме фиксированной комбинации) сопровождается значимо большей приверженностью лекарственной терапии, чем двукратный и многократный [31]. Максимальная приверженность лекарственной терапии больных с хроническими соматическими заболеваниями отмечается при однократном приеме препаратов [43, 73].

Уровень доказательности: 1A.

Предикторами недостаточной приверженности лечению являются сложная или неудобная схема приема препаратов [1], увеличение стажа заболевания, ограниченность (недостаток) финансовых средств, недоверие врачу, недооценка тяжести состояния, отсутствие веры в успех лечения [3, 18, 20, 32], страх перед нежелательными эффектами лечения, низкий уровень образования, злоупотребление алкоголем [23, 32, 57, 76], хорошее самочувствие [28-30]. Хронические соматические заболевания без яркой симптоматики являются предикторами недостаточной приверженности лекарственной терапии [11].

Уровень доказательности: 2A.

У пожилых пациентов российской популяции ведущей причиной низкой приверженности лекарственной терапии являются развитие нежелательных эффектов и страх таковых [31].

Уровень доказательности: 1A.

Степень приверженности лечению находится в обратной зависимости от сложности назначенного режима лечения. На приверженность лечению оказывает существенное влияние количество таблеток, назначенных пациенту в связи с проводимой терапией. Современные исследования свидетельствуют, что доля пациентов с низкой приверженностью к лекарственной терапии, составляя менее 10% при назначении одной таблетки, увеличивалась до 20% при назначении двух таблеток, до 40% при приеме трех таблеток и становилась крайне значительной, вплоть до полного отказа от лечения, если больному было назначено пять или более таблеток [14, 15, 52].

Уровень доказательности: 2A.

Повышению приверженности лечению способствуют адаптация приема препаратов к привычкам пациента [44], предоставление доступных алгоритмов самоконтроля [70], 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 [49]. 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 [14, 15, 39, 63, 80].

Уровень доказательности: 2А.

Несмотря на имеющиеся доказательства обратного, по-прежнему сохраняется тенденция к сосредоточению внимания на поиске проблем приверженности, связанных только с пациентами, при относительном пренебрежении факторами, связанными с поставщиком услуг и системой здравоохранения [2, 6, 12, 38, 83, 84]. Отсутствие соответствия между готовностью лечиться со стороны пациента, и готовностью лечить со стороны практикующего врача приводит к тому, что лечение часто назначают пациентам, которые не готовы следовать предложенному объему врачебных рекомендаций [22, 26, 27].

Уровень доказательности: 2В.

Стратегической целью системы качества в отношении приверженности должна быть постоянная готовность медицинских работников к оценке приверженности пациента лечению и предоставлению учитывающих это рекомендаций [22, 25].

### Список сокращений, ключевые слова

#### Список сокращений

КОП-25	–	вопросник количественной оценки приверженности лечению КОП-25
КР	–	класс рекомендаций
РКИ	–	рандомизированное контролируемое исследование (испытание)
РНМОТ	–	Российское научное медицинское общество терапевтов
УДД	–	уровень достоверности доказательств
УУР		уровень убедительности рекомендаций
ЦИ	–	циркулярное исследование (испытание)
ЭВМ	–	электронно-вычислительная машина
С	–	приверженность лечению
С <sub>c</sub>	–	приверженность модификации образа жизни
С <sub>d</sub>	–	приверженность лекарственной терапии
С <sub>m</sub>	–	приверженность медицинскому сопровождению
G <sub>c</sub>	–	готовность к модификации образа жизни
G <sub>d</sub>	–	готовность к лекарственной терапии





---

G <sub>m</sub>	–	готовность к медицинскому сопровождению
M <sub>c</sub>	–	важность модификации образа жизни
M <sub>d</sub>	–	важность лекарственной терапии
M <sub>m</sub>	–	важность медицинского сопровождения
MMAS-4	–	вопросник лекарственной приверженности MMAS-4
MMAS-8	–	вопросник лекарственной приверженности MMAS-8
WHO	–	World Health Organization – Всемирная организация здравоохранения, ВОЗ

### Ключевые слова

- Количественная оценка
- Лекарственная терапия
- Медицинское сопровождение
- Модификация образа жизни
- Приверженность

### Термины и определения

Важность модификации образа жизни – показатель, отражающий декларируемую пациентом важность соблюдения на протяжении неопределенно долгого времени принятых на себя обязательств по рекомендованному врачом изменению образа жизни.

Важность лекарственной терапии – показатель, отражающий декларируемую пациентом важность соблюдения на протяжении неопределенно долгого времени принятых на себя обязательств по приему лекарственных препаратов и применению медикаментов в рекомендованных врачом лекарственных формах, дозировках, количестве и кратности.

Важность медицинского сопровождения – показатель, отражающий декларируемую пациентом важность соблюдения на протяжении неопределенно долгого времени принятых на себя обязательств в отношении рекомендованных врачом объема, периодичности и кратности медицинского наблюдения, а также самоконтроля состояния здоровья.

Готовность к модификации образа жизни – показатель, отражающий декларируемую пациентом готовность соблюдать на протяжении неопределенно долгого времени принятые на себя обязательства по рекомендованному врачом изменению образа жизни.

Готовность к лекарственной терапии – показатель, отражающий декларируемую пациентом готовность соблюдать на протяжении неопределенно долгого времени принятые на себя обязательства по приему лекарственных препаратов и применению медикаментов в рекомендованных врачом лекарственных формах, дозировках, количестве и кратности.



Готовность к медицинскому сопровождению – показатель, отражающий декларируемую пациентом готовность соблюдать на протяжении неопределенно долгого времени принятые на себя обязательства в отношении рекомендованных врачом объема, периодичности и кратности медицинского наблюдения, а также самоконтроля состояния здоровья.

Достаточность приверженности – соответствие выявленного у конкретного больного уровня приверженности ожидаемой эффективности или безопасности конкретного медицинского вмешательства.

Интегральная приверженность лечению – оцениваемый с учётом удельного веса каждого контролируемого параметра суррогатный показатель, характеризующий способность пациента выполнять рекомендации врача в отношении модификации лекарственной терапии, медицинского сопровождения и модификации образа жизни.

Количественная оценка приверженности – способ исследования, при котором приверженность оценивается количественно в номинальной шкале и выражается в процентах от максимально возможного расчётного значения.

Приверженность лечению – измеренная степень соответствия поведения пациента рекомендациям, полученным от врача в отношении лекарственной терапии, медицинского сопровождения и модификации образа жизни.

Приверженность лекарственной терапии – измеренная способность пациента выполнять рекомендации врача в отношении приёма лекарственных препаратов и применения медикаментов на протяжении неопределённо долгого времени.

Приверженность медицинскому сопровождению – измеренная способность пациента выполнять рекомендации врача в отношении медицинского наблюдения и самоконтроля состояния здоровья на протяжении неопределённо долгого времени.

Приверженность модификации образа жизни – измеренная способность пациента выполнять рекомендации врача в отношении режимов диеты и физических нагрузок, и ограничению либо отказу от нежелательных привычек на протяжении неопределённо долгого времени.

Уровень приверженности – группирующий признак, позволяющий на основании количественной оценки приверженности распределить больного в группу со сходным прогнозом медицинских вмешательств, и к которому на этом основании может быть применена общая для всех членов такой группы модель управления лечением, более эффективная по сравнению с другими группами.

### **Критерии количественной оценки приверженности лечению**

Значение показателя приверженности лечению: более 75%

Уровень приверженности лечению: «высокий»

Оценка эффективности вмешательств: медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентов выполняться будут или скорее будут

Уровень доказательности: 2B.



Значение показателя приверженности лечению: 50 – 75%

Уровень приверженности лечению: «средний»

Оценка эффективности вмешательств: медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентов выполняться скорее будут, чем не будут

Уровень доказательности: 2B.

Значение показателя приверженности лечению: менее 50%

Уровень приверженности лечению: «низкий»

Оценка эффективности вмешательств: медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентов выполняться скорее не будут или не будут

Уровень доказательности: 2B.

Комментарии:

Критерии предназначены для вопросников количественной оценки приверженности лечению, включающих возможность определения приверженности по шкалам лекарственной терапии, медицинского сопровождения, модификации образа жизни и интегральной приверженности лечению. В качестве базового вопросника количественной оценки приверженности лечению РНМОТ утвержден вопросник КОП-25 [13, 17, 21] (Приложение Г1).

При заболеваниях и состояниях, требующих длительной (постоянной) лекарственной терапии, и (или) медицинского сопровождения, в качестве приемлемого (достаточного) следует интерпретировать только количественно измеренный показатель приверженности, превышающий 75% [7, 54, 55, 62]. Иные полученные значения показателя по любой измеряемой шкале следует расценивать как недостаточную приверженность, поскольку это свидетельствует о высоком риске невыполнения действий пациентов, связанных с медицинскими рекомендациями.

## **ПРОГНОЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ**

Для прогноза эффективности медицинских вмешательств значения приверженности, полученные по соответствующей шкале приверженности у конкретного пациента, соотносят с диапазоном значений соответствующего уровня приверженности, идентифицируя приверженность как высокую, среднюю или низкую.

Выявленный уровень приверженности свидетельствует о наиболее вероятном варианте прогноза эффективности вмешательства. Указанное не исключает, что в отдельных случаях индивидуальные особенности конкретного респондента или неучтенные воздействия могут повлиять на фактическую эффективность вмешательств [2, 6, 12, 22, 26, 27, 38, 83, 84].

Уровень доказательности: 2A.

### **Ожидаемая эффективность отдельных вмешательств в зависимости от уровня приверженности лекарственной терапии**

Прием одного лекарственного препарата (фиксированной комбинации препаратов) 1 раз в день:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком и среднем уровне приверженности;



- вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено при низком уровне приверженности.

Уровень доказательности: 2B.

Прием одного лекарственного препарата (фиксированной комбинации препаратов) 2 раза в день:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;

- вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено при среднем уровне приверженности;

- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при низком уровне приверженности.

Уровень доказательности: 2B.

Прием одного лекарственного препарата (фиксированной комбинации препаратов) 3 раза в день, либо чаще:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;

- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности.

Уровень доказательности: 2B.

Раздельный прием двух лекарственных препаратов (фиксированных комбинаций препаратов) 1 раз в день:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;

- вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено при среднем уровне приверженности;

- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при низком уровне приверженности.

Уровень доказательности: 2B.

Раздельный прием двух лекарственных препаратов (фиксированных комбинаций препаратов) 2 раза в день:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;

- вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено при среднем уровне приверженности;

- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при низком уровне приверженности.

Уровень доказательности: 2B.



Раздельный прием двух лекарственных препаратов (фиксированных комбинаций препаратов) 3 раза в день, либо чаще:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;

- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности.

Уровень доказательности: 2B.

Раздельный прием трех или более лекарственных препаратов (фиксированных комбинаций препаратов) 1 раз в день:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;

- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности.

Уровень доказательности: 2B.

Раздельный прием трех или более лекарственных препаратов (фиксированных комбинаций препаратов) 2 раза в день:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;

- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности.

Уровень доказательности: 2B.

Раздельный прием трех или более лекарственных препаратов (фиксированных комбинаций препаратов) 3 раза в день, либо чаще:

- вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено при высоком уровне приверженности;

- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности.

Уровень доказательности: 2B.

#### **Ожидаемая эффективность отдельных вмешательств в зависимости от уровня приверженности медицинскому сопровождению**

Посещение врача в режиме «по требованию», без установленных обязательных визитов; регулярный самоконтроль состояния не требуется:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком, среднем и низком уровне приверженности.

Уровень доказательности: 2B.

Посещение врача в режиме «по требованию», с установленными обязательными визитами чаще, чем 1 раз в 3 месяца, но реже, чем 1 раз в месяц; регулярный самоконтроль состояния не требуется:



- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком и среднем уровне приверженности;

- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при низком уровне приверженности.

Уровень доказательности: 2В.

Посещение врача в режиме «по требованию», с установленными обязательными визитами чаще, чем 1 раз в месяц; регулярный самоконтроль состояния не требуется:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком и среднем уровне приверженности;

- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при низком уровне приверженности.

Уровень доказательности: 2В.

Посещение врача в режиме «по требованию», без установленных обязательных визитов; рекомендован регулярный самоконтроль состояния:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;

- вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено при среднем уровне приверженности;

- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при низком уровне приверженности.

Уровень доказательности: 2В.

Посещение врача в режиме «по требованию», с установленными обязательными визитами чаще, чем 1 раз в 3 месяца, но реже, чем 1 раз в месяц; рекомендован регулярный самоконтроль состояния:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;

- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности.

Уровень доказательности: 2В.

Посещение врача в режиме «по требованию», с установленными обязательными визитами чаще, чем 1 раз в месяц; рекомендован регулярный самоконтроль состояния:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;

- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности.

Уровень доказательности: 2В.





### **Ожидаемая эффективность отдельных вмешательств в зависимости от уровня приверженности модификации образа жизни**

Необходима коррекция привычной диеты или физических нагрузок; ограничения или отказа от нежелательных привычек не требуется:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком и среднем уровне приверженности;

- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при низком уровне приверженности.

Уровень доказательности: 2В.

Необходимы коррекция привычной диеты и физических нагрузок; ограничения или отказа от нежелательных привычек не требуется:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;

- вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено при среднем уровне приверженности;

- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при низком уровне приверженности.

Уровень доказательности: 2В.

Необходима коррекция привычной диеты или физических нагрузок; необходимо ограничение нежелательных привычек:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;

- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности.

Уровень доказательности: 2В.

Необходимы коррекция привычной диеты и физических нагрузок; необходимо ограничение нежелательных привычек:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;

- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности.

Уровень доказательности: 2В.

Необходима коррекция привычной диеты или физических нагрузок; необходим отказ от нежелательных привычек:

- вмешательство будет выполнено полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено полностью, чем выполнено частично или не выполнено при высоком уровне приверженности;

- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности.

Уровень доказательности: 2В.



Необходимы коррекция привычной диеты и физических нагрузок; необходим отказ от нежелательных привычек:

- вмешательство будет выполнено скорее частично, чем полностью, либо вмешательство скорее будет выполнено частично, чем не выполнено при высоком уровне приверженности;

- вмешательство скорее будет не выполнено частично или полностью, либо вмешательство будет не выполнено при среднем и низком уровне приверженности.

Уровень доказательности: 2B.

### УПРАВЛЕНИЕ ЛЕЧЕНИЕМ: ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ СТРАТЕГИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

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

#### Выбор лечебной стратегии с учётом уровня приверженности лекарственной терапии

Высокий уровень приверженности лекарственной терапии:

- регулярный приём лекарственных средств до трёх раз в сутки включительно значительно не снижает готовность пациента к лечению;

- лекарственные средства можно назначать в виде фиксированных или нефиксированных комбинаций, либо в их сочетании; количество препаратов значительно не влияет на готовность пациента к лечению.

Уровень доказательности: 2B.

Средний уровень приверженности лекарственной терапии:

- регулярный приём лекарственных средств более двух раз в сутки значительно снижает готовность пациента к их приёму;

- лекарственные средства можно назначать в виде фиксированных или нефиксированных комбинаций; одномоментное назначение трёх и более лекарственных средств значительно снижает готовность пациента к лечению.

Уровень доказательности: 2B.

Низкий уровень приверженности лекарственной терапии:

- способность соблюдать регулярный приём лекарственных средств один или более раз в сутки сомнительна; рекомендация о регулярном приёме лекарственных средств, с частотой два или более раза в сутки, неэффективна;

- лекарственные средства следует назначать в виде одного препарата или фиксированной комбинации препаратов; одномоментное назначение нескольких препаратов значительно снижает готовность пациента к их приёму;

- существует дополнительный риск развития нежелательных эффектов при приёме препаратов, требующих длительного титрования доз и (или) обладающих «синдромом рикошета» («синдромом отмены»).

Уровень доказательности: 2C.



## Выбор лечебной стратегии с учётом уровня приверженности медицинскому сопровождению

Высокий уровень приверженности медицинскому сопровождению:

- рекомендации по самоконтролю пациентом состояния здоровья или его отдельных параметров эффективны;
- программу медицинского сопровождения следует основывать на оптимальной частоте плановых (в т.ч. профилактических) визитов, лабораторных и инструментальных исследований.

Уровень доказательности: 2В.

Средний уровень приверженности медицинскому сопровождению:

- рекомендации по самоконтролю пациентом состояния здоровья или его отдельных параметров умеренно эффективны или малоэффективны;
- программу медицинского сопровождения следует основывать на минимально необходимой частоте плановых офисных визитов, с ограничением выполняемых исследований по количеству.

Уровень доказательности: 2С.

Низкий уровень приверженности медицинскому сопровождению:

- рекомендации по самоконтролю пациентом состояния здоровья или его отдельных параметров малоэффективны или не эффективны;
- лекарственные средства следует назначать в виде одного препарата или фиксированной комбинации препаратов; одномоментное назначение нескольких препаратов значительно снижает готовность пациента к их приёму;
- программу медицинского сопровождения следует основывать на обращениях «по требованию», связанных с изменением симптомов заболевания; профилактические визиты и визиты для планового обследования выполняться скорее не будут, чем будут, или не будут.

Уровень доказательности: 2С.

## Выбор лечебной стратегии с учётом уровня приверженности модификации образа жизни

Высокий уровень приверженности модификации образа жизни:

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

Уровень доказательности: 2С.

Средний уровень приверженности модификации образа жизни:

- рекомендации по ограничению нежелательных привычек должны быть конкретными и лаконичными; рекомендации по полному отказу от таких привычек выполняться скорее не будут, чем будут, или не будут;
- рекомендации по коррекции привычной диеты, а также о видах, частоте и кратности физических нагрузок следует представлять в виде конкретной лаконичной информации; указанные рекомендации в первую очередь должны относиться к заболеванию, наиболее значимому в отношении развития опасных осложнений, неблагоприятного прогрессирования или исхода.

Уровень доказательности: 2С.



Низкий уровень приверженности модификации образа жизни:

- рекомендации по ограничению нежелательных привычек целесообразно представлять в виде ограниченного перечня решений и действий, наиболее значимых для снижения жизнеугрожающего риска; полный или частичный отказ от нежелательных привычек маловероятен или невозможен;
- Рекомендации по коррекции диеты и физических нагрузок должны быть конкретными и предельно краткими; общие рекомендации по коррекции привычной диеты и физических нагрузок не эффективны.

Уровень доказательности: 2С.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Агеев Ф.Т., Фофанова Т.И., Смирнова М.Д. Методы оценки, контроля и повышения приверженности терапии. Сердечная Недостаточность 2013;7(81):380-381.
2. Алексеев В.Н., Малеванная О.А., Самих Е.Н. Причины низкой приверженности к лечению больных первичной остроугольной глаукомой. Офтальмологические ведомости 2010;3(4):37-39.
3. Алексеева Т.С. Факторы, влияющие на приверженность к модификации образа жизни в организованной популяции. Системные гипертензии 2013;12:19-22.
4. Андреев К.А., Плиндер М.А., Сидоров Г.Г., Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Основные тренды приверженности к лечению у кардиологических больных. Современные проблемы науки и образования 2018;3:36-36.
5. Арабидзе Г.Г., Белоусов Ю.Б., Карпов Ю.А. Артериальная гипертония. Справочное руководство по диагностике и лечению. М.: Ремедиум; 1999. 225 с.
6. Драпкина О.М., Ливзан М.А., Мартынов А.И., Моисеев С.В. 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.
7. Ефремова Е.В., Мензоров М.В., Сабитов И.А. Приверженность к лечению больных с хронической сердечной недостаточностью в условиях коморбидности. Клиническая медицина 2015;9:20-2.
8. Жеребилов В.В., Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Гендерные особенности приверженности к лечению у больных стабильной стенокардией. Международный журнал экспериментального образования 2016;4(3):509-510.
9. Жиленко О.М., Кукенгемер В.С., Нейфельд М.С., Скирденко Ю.П. Приверженность к лечению у больных хронической сердечной недостаточностью. Научное обозрение. Медицинские науки. 2017; 5: 37-40; URL: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=1033> (дата последнего доступа: 07.09.2019).
10. Журавская Н. Ю. Изучение приверженности лекарственной терапии больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, перенесших мозговой инсульт, диссертация на соискание ученой степени канд. мед. наук. Государственный научно — исследовательский центр профилактической медицины. М.; 2015.
11. 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.
12. Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Толпыгина С.Н., Лукина Ю.В., и др. Эффективность и безопасность лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Рекомендации ВНОК, 2011. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2011;5:72.
13. Моисеев С.В. Как улучшить приверженность к двойной антитромбоцитарной терапии после острого коронарного синдрома. Клиническая фармакология и терапия 2011;4(20):34–40.
14. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: количественная оценка результата антигипертензивной терапии. М.: Издательский дом «Академия естествознания», 2008. 92 с.



15. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: пациентоориентированная антигипертензивная терапия. М.: Издательский дом Академии естествознания, 2015. 178 с.
16. Николаев Н.А. Пациентоориентированная антигипертензивная терапия: клинические рекомендации для практических врачей. Врач 2016;4:82-85.
17. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Бойцов С.А., Драпкина О.М. и др. Первый Российский консенсус по количественной оценке результатов медицинских вмешательств. Медицинский вестник Северного Кавказа 2019;2(14):283-301.
18. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Драпкина О.М., Ливзан М.А. др. от имени Комитета экспертов. Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению. Терапия 2018;5:11-32.
19. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25). Клиническая фармакология и терапия 2018;1(27):74-78.
20. 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;5(13):609-614.
21. 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.
22. 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.
23. Погосова Г.В. Улучшение приверженности к лечению артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца – ключевое снижение сердечнососудистой смертности. Кардиология 2007;3:79–84.
24. Пучиньян Н.Ф., Довгалецкий Я. П., Долотовская П. В., Фурман Н. В. Приверженность рекомендованной терапии больных, перенесших острый коронарный синдром, и риск развития сердечно-сосудистых осложнений в течение года после госпитализации. Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2011;5(7):567–573.
25. Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Вклад приверженности терапии антикоагулянтами в риск осложнений фибрилляции предсердий. Российский кардиологический журнал 2019;2:64-69.
26. 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.
27. Скирденко Ю.П., Шустов А.В., Жеребилов В.В., Николаев Н.А. Приверженность к лечению как новый фактор выбора оральных антикоагулянтов у носителей мутаций системы гемостаза больных фибрилляцией предсердий. Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2016;5(12):494-502.
28. Строкова Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Влияние внутренней картины болезни, копинг-стратегий и самооотношения пациенток, перенесших инфаркт миокарда, на регулярность и приверженность к длительной терапии ишемической болезни сердца. Современные исследования социальных проблем 2012;1:1169–1190.
29. Строкова Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Динамика аффективных расстройств на фоне длительного приема аторвастатина, отношение к болезни и приверженность к лечению статином пациентов с высоким риском развития ИБС. Современные проблемы науки и образования 2011;6:18.
30. Тарасенко Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Приверженность к длительному лечению и факторы на нее влияющие. Фундаментальные исследования 2007;9:57–58.
31. Фесенко Э.В., Коновалов Я.С., Аксенов Д.В., Перельгин К.В. Современные проблемы обеспечения приверженности пациентов пожилого возраста с сердечно-сосудистой патологией к фармакотерапии. Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина. Фармация 2011;22(16/1):95–99.





32. Хохлов А.Л., Лисенкова Л. А., Раков А. А. Анализ факторов, определяющих приверженность к антигипертензивной терапии. *Качественная Клиническая Практика* 2003;4:59–66.
33. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal* 2018;39:3021–3104. doi:10.1093/eurheartj/ehy339.
34. Aliotta S.L., Vlasnik Jon J., DeLor Bonnie. Enhancing Adherence to Long-Term Medical Therapy: A New Approach to Assessing and Treating Patients. *Advances in Therapy* 2004;21(4):214–231.
35. Bakris GL, Lindholm LH, Black HR, Krum H, Linas S, Linseman JV, Arterburn S, Sager P, Weber M. Divergent results using clinic and ambulatory blood pressures: report of a darusentan-resistant hypertension trial. *Hypertension* 2010;56:824–830.
36. Benson J., Britten N. Patients' views about taking antihypertensive drugs: questionnaire study. *BMJ* 2003;326(7402):1314–5.
37. Berra E, Azizi M, Capron A, Hoiegggen A, Rabbia F, Kjeldsen SE, Staessen JA, Wallemacq P, Persu A. Evaluation of adherence should become an integral part of assessment of patients with apparently treatment-resistant hypertension. *Hypertension* 2016;68:297–306.
38. Birtwhistle R.V., Godwin M.S., Delva M.D., Casson R.I., et al. Randomised equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners. *BMJ* 2004;328(7433):204.
39. 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
40. Burnier M. Managing 'resistance': is adherence a target for treatment? *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2014;23:439–443.
41. Chowdhury R., Khan H., Heydon E., Shroufi A., et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *Eur. Heart J* 2013;34(38):2940–8.
42. Claxton A.J., Cramer J., Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin. Ther* 2001;23(8):1296–310.
43. Coleman C.I., Limone B., Sobieraj D. M., Lee S., et al. Dosing frequency and medication adherence in chronic disease. *J. Manag. Care Pharm* 2012;18(7):527–39.
44. Conn VS, Ruppert TM, Chase JA, Enriquez M, Cooper PS. Interventions to improve medication adherence in hypertensive patients: systematic review and meta-analysis. *Curr Hypertens Rep* 2015;17:94.
45. Corrao G, Parodi A, Nicotra F, Zambon A, Merlino L, Cesana G, Mancina G. Better compliance to antihypertensive medications reduces cardiovascular risk. *J Hypertens* 2011;29:610–618.
46. Corrao G, Zambon A, Parodi A, Poluzzi E, Baldi I, Merlino L, Cesana G, Mancina G. 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.
47. Driving Therapy Adherence for Improved Health Outcomes. A Manifesto for the European Elections 2019. [http://www.seniorinternationalhealthassociation.org/wp-content/uploads/2015/05/SIHA\\_Manifesto\\_Booklet\\_Online-version\\_without-sign\\_spread.pdf](http://www.seniorinternationalhealthassociation.org/wp-content/uploads/2015/05/SIHA_Manifesto_Booklet_Online-version_without-sign_spread.pdf). Дата последнего доступа: 07.09.2019.
48. Fagard RH. Resistant hypertension. *Heart* 2012;98:254–261.
49. Fletcher BR, Hartmann-Boyce J, Hinton L, McManus RJ. The effect of self-monitoring of blood pressure on medication adherence and lifestyle factors: a systematic review and meta-analysis. *Am J Hypertens* 2015;28:1209–1221.
50. Gale NK, Greenfield S, Gill P, Guttridge 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
51. Geest S., Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs* 2003;2(4):323.





52. Gupta P, Patel P, Strauch B, Lai FY, Akbarov A, Gulsin GS, Beech A, Maresova V, Topham PS, Stanley A, Thurston H, Smith PR, Horne R, Widimsky J, Keavney B, Heagerty A, Samani NJ, Williams B, Tomaszewski M. Biochemical screening for nonadherence is associated with blood pressure reduction and improvement in adherence. *Hypertension* 2017;70:1042–1048.
53. Gupta P, Patel P, Horne R, Buchanan H, Williams B, Tomaszewski M. How to screen for non-adherence to antihypertensive therapy. *Curr Hypertens Rep* 2016;18:89.
54. Ho P.M., Bryson C. L., Rumsfeld J. S. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation* 2009;119(23):3028–35.
55. Hwang S.L., Liao W.C., Huang T.Y. Predictors of quality of life in patients with heart failure. *Jpn. J. Nurs Sci* 2014;11(4):290–98.
56. Ickovics J.R., Meisler A. W. Adherence in AIDS clinical trials: a framework for clinical research and clinical care. *J. Clin. Epidemiol* 1997;50(4):385–91.
57. Jokisalo E., Enlund H., Halonen P., Takala J., et al. Factors related to poor control of blood pressure with antihypertensive drug therapy. *Blood Press* 2003;12(1):49–55.
58. Jung O, Gechter JL, Wunder C, Paulke A, Bartel C, Geiger H, Toennes SW. Resistant hypertension? Assessment of adherence by toxicological urine analysis. *J Hypertens* 2013;31:766–774.
59. Kastrissios H., Suárez J. R., Hammer S., Katzenstein D., et al. The extent of non-adherence in a large AIDS clinical trial using plasma dideoxynucleoside concentrations as a marker. *AIDS* 1998;12(17):2305–11.
60. Krousel-Wood M, Joyce C, Holt E, Muntner P, Webber LS, Morisky DE, Frohlich ED, Re RN. Predictors of decline in medication adherence: results from the cohort study of medication adherence among older adults. *Hypertension* 2011;58:804–810.
61. Laurent S, Schlaich M, Esler M. New drugs, procedures, and devices for hypertension. *Lancet* 2012;380:591–600.
62. Levine D.A., Morgenstern L. B., Langa K. M., Piette J. D., et al. Recent trends in cost-related medication nonadherence among stroke survivors in the United States. *Ann. Neurol* 2013;73(2):180–8.
63. Lowy A, Munk VC, Ong SH, Burnier M, Vrijens B, Tousset EP, Urquhart J. 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.
64. Mancia G, Rea F, Cuspidi C, Grassi G, Corrao G. Blood pressure control in hypertension. Pros and cons of available treatment strategies. *J Hypertens* 2017;35:225–233
65. Mazzaglia G., Ambrosioni E., Alacqua M., Filippi A., et al. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation* 2009;120(16):1598–605.
66. McDonnell P.J., Jacobs M. R. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *Ann. Pharmacother* 2002;36(9):1331–6.
67. Misdrahi D., Llorca P. M., Lançon C., Bayle F. J. Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and research implications. *Encephale* 2001;28(3):266–72.
68. Naderi SH, Bestwick JP, Wald DS. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *Am J Med* 2012;125:882–887.e1.
69. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication. *N. Engl. J. Med* 2005;353(5):487–97.
70. Parati G, Omboni S. Role of home blood pressure telemonitoring in hypertension management: an update. *Blood Press Monit* 2010;15:285–295.
71. Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU), “Targeting Adherence”, May 2008. <https://www.pgeu.eu/en/policy/5-adherence.html>. Дата последнего доступа: 07.09.2019.
72. Rodgers P.T., Ruffin D.M. Medication nonadherence: Part II—A pilot study in patients with congestive heart failure. *Manag. Care Interface* 1998;11(9):67–9.
73. Schedlbauer A., Davies P., Fahey T. Interventions to improve adherence to lipid lowering medication. *Cochrane database Syst. Rev* 2010;3:CD004371.



74. Schiff G.D., Fung S., Speroff T., McNutt R. A. Decompensated heart failure: symptoms, patterns of onset, and contributing factors. *Am. J. Med* 2003;114(8):625–30.

75. Senst B.L., Achusim L.E., Genest R.P., Cosentino L.A., et al. Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network. *Am. J. Health. Syst. Pharm* 2001;58(12):1126–32.

76. Skirdenko Ju.P., Zherebilov V.V., Nikolaev N.A. Predictors of adherence to treatment in patients with atrial fibrillation. *International Journal of Applied and Fundamental Research*.2016;5. [www.science-sd.com/467-25081](http://www.science-sd.com/467-25081). Дата последнего доступа: 13.09.2016.

77. Stevens VJ, Obarzanek E, Cook NR, Lee IM, Appel LJ, Smith West D, Milas NC, Mattfeldt-Beman M, Belden L, Bragg C, Millstone M, Raczynski J, Brewer A, Singh B, Cohen J, Trials for the Hypertension Prevention Research G. Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the Trials of Hypertension Prevention, phase II. *Ann Intern Med* 2001;134:1–11.

78. Tiffe T, Wagner M, Rucker V, Morbach C, Gelbrich G, Stork S, 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.

79. Tomaszewski M, White C, Patel P, Masca N, Damani R, Hepworth J, Samani NJ, Gupta P, Madira W, Stanley A, Williams B. High rates of non-adherence to antihypertensive treatment revealed by high-performance liquid chromatography tandem mass spectrometry (HP LC-MS/MS) urine analysis. *Heart* 2014;100:855–861.

80. 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.

81. Waeber B., Leonetti G., Kolloch R., McInnes G.T. Compliance with aspirin or placebo in the Hypertension Optimal Treatment (HOT) study. *J. Hypertens* 1999;17(7):1041–5.

82. Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA, Applegate WB, Ettinger WH Jr, Kostis JB, Kumanyika S, Lacy CR, Johnson KC, Folmar S, Cutler JA. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons: a randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). TONE Collaborative Research Group. *JAMA* 1998;279:839–846.

83. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, WHO 2003;211 pp.

84. World Health Organization. Secondary prevention of non-communicable disease in low and middle-income countries through community-based and health service interventions. 2002.//[www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf). Дата последнего доступа: 07.09.2019.



Состав рабочей группы по разработке и пересмотру рекомендаций

ФИО	Степень, звание	Должность, Место работы
Николаев Николай Анатольевич	доктор медицинских наук, доцент	проректор по медицинской деятельности и региональному здравоохранению, профессор кафедры факультетской терапии, профессиональных болезней ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, председатель секции «Приверженность лечению» РНМОТ, заведующий редакцией журнала «Научный вестник ОмГМУ»
Мартынов Анатолий Иванович	академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, Заслуженный врач РФ	профессор кафедры госпитальной терапии №1 ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Президент РНМОТ, главный редактор журнала «Терапия»
Скирденко Юлия Петровна	кандидат медицинских наук	ученый секретарь проблемной комиссии № 2 «Соматические и инфекционные болезни», младший научный сотрудник ЦНИЛ, ассистент кафедры факультетской терапии, профессиональных болезней ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России
Агеев Фаиль Таипович	доктор медицинских наук, профессор, Лауреат Премии Правительства РФ	главный научный сотрудник, и.о. руководителя Отдела амбулаторных лечебно-диагностических технологий НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ НМИЦ кардиологии Минздрава России, член Правления ОССН,
Арутюнов Григорий Павлович	член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ	заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней общей физиотерапии и лучевой диагностики педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный специалист - терапевт Департамента здравоохранения Москвы, вице-президент РНМОТ, вице-президент РКО
Бойцов Сергей Анатольевич	академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ	директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России, заведующий кафедрой поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, главный редактор журнала «Рациональная фармакотерапия в кардиологии», главный внештатный специалист – кардиолог Минздрава России, вице-президент РКО, член Президиума РНМОТ
Бунова Светлана Сергеевна	доктор медицинских наук, доцент	профессор кафедры семейной медицины медицинского института ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»



<b>Викторова Инна Анатольевна</b>	доктор медицинских наук, профессор	заведующий кафедрой внутренних болезней и поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России
<b>Власов Василий Викторович</b>	доктор медицинских наук, профессор	профессор кафедры управления и экономики здравоохранения ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», вице-президент ОСДМ, руководитель Российского отделения Североевропейского центра Кокрейновского сотрудничества, эксперт РАН, член комиссии по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований при Президиуме РАН, член Общественного совета при Минздраве России
<b>Волчегорский Илья Анатольевич</b>	доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ	ректор, заведующий кафедрой фармакологии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России
<b>Воробьев Павел Андреевич</b>	доктор медицинских наук, профессор	заведующий кафедрой гематологии и гериатрии Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств», председатель правления Московского городского научного общества терапевтов, председатель Технического комитета по стандартизации 466 «Медицинские технологии» Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии, член Президиума РНМОТ
<b>Галявич Альберт Сарварович</b>	доктор медицинских наук, профессор	заведующий кафедрой кардиологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист - кардиолог Республики Татарстан, вице-президент РКО
<b>Гаус Ольга Владимировна</b>	кандидат медицинских наук	начальник управления по развитию регионального здравоохранения и медицинской деятельности, секретарь Локального этического комитета, доцент кафедры факультетской терапии, профессиональных болезней ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России
<b>Драпкина Оксана Михайловна</b>	член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор	директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, вице-президент РНМОТ, президент Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний, президент Национального общества усовершенствования врачей им. С.П. Боткина, президент Ассоциации врачей общей практики (семейных врачей) России, сопредседатель Комиссии высокого уровня ВОЗ по вопросам борьбы с неинфекционными заболеваниями
<b>Ершов Антон Валерьевич</b>	доктор медицинских наук	профессор кафедры патофизиологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), ведущий научный сотрудник научно-исследовательского института общей реаниматологии имени В.А. Неговского ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», профессор кафедры адаптологии и спротивной подготовки ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»



<b>Задюченко Владимир Семёнович</b>	доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, Почетный кардиолог РФ	профессор кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России,
<b>Зырянов Сергей Кенсаринвич</b>	доктор медицинских наук, профессор	заведующий кафедрой общей и клинической фармакологии медицинского факультета ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», заместитель главного врача по терапии ГКБ №24 Департамента здравоохранения г. Москвы, главный редактор журнала «Качественная клиническая практика»
<b>Карпов Ростислав Сергеевич</b>	академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки Российской Федерации	научный руководитель НИИ кардиологии ФГБНУ Томский НИМЦ РАН, профессор кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России
<b>Кобалава Жанна Давидовна</b>	член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ	заведующий кафедрой внутренних болезней с курсом кардиологии и функциональной диагностики Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», заведующий кафедрой внутренних болезней и клинической фармакологии факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», профессор кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова», член Президиума РНМОТ
<b>Колбасников Сергей Васильевич</b>	доктор медицинских наук, профессор	заведующий кафедрой общей врачебной практики (семейной медицины) факультета последипломного образования ФГБОУ ВО «Тверской государственной медицинской академии» Минздрава России
<b>Конради Александра Олеговна</b>	член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор	заместитель генерального директора по научной работе ФГБУ «НМИЦ им.В.А. Алмазова» Минздрава России, вице-президент РКО, главный редактор журнала «Артериальная гипертензия»
<b>Лазебник Леонид Борисович</b>	доктор медицинских наук, профессор	профессор кафедры поликлинической терапии помощи ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, вице-президент РНМОТ, президент НОГР, главный редактор журнала «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология»
<b>Ливзан Мария Анатольевна</b>	доктор медицинских наук, профессор	ректор, заведующий кафедрой факультетской терапии, профессиональных болезней ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист – терапевт Сибирского Федерального округа, руководитель группы «Наука» научно-образовательного медицинского кластера «Сибирский» Сибирского Федерального округа





<b>Малявин Андрей Георгиевич</b>	доктор медицинских наук, профессор	руководитель центра респираторной медицины, начальник управления науки, заведующий кафедрой пульмонологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России., главный внештатный специалист – пульмонолог Центрального Федерального округа, Генеральный секретарь РНМОТ
<b>Мареев Вячеслав Юрьевич</b>	доктор медицинских наук, профессор	главный научный сотрудник Медицинского научно-образовательного центра МГУ имени М.В. Ломоносова, Председатель правления Общества Специалистов по Сердечной Недостаточности
<b>Медведева Ирина Васильевна</b>	академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ	ректор ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, член экспертного совета по науке Минздрава России, главный редактор журнала «Медицинская наука и образование Урала»
<b>Моисеев Сергей Валентинович</b>	доктор медицинских наук, профессор	заведующий кафедрой внутренних, профессиональных болезней и ревматологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), директор клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. М.Е. Тареева, главный редактор журнала «Клиническая фармакология и терапия»
<b>Морозова Ольга Леонидовна</b>	доктор медицинских наук	профессор кафедры патофизиологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)
<b>Напалков Дмитрий Александрович</b>	доктор медицинских наук, доцент	профессор кафедры факультетской терапии №1 ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)
<b>Недошивин Александр Олегович</b>	доктор медицинских наук, профессор	ученый секретарь ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова" Минздрава России, генеральный секретарь РКО
<b>Нелидова Анастасия Владимировна</b>	кандидат медицинских наук, доцент	доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, заместитель начальника отдела подготовки и аттестации научно-педагогических и научных кадров ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России
<b>Нечаева Галина Ивановна</b>	доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ	заведующий кафедрой внутренних болезней и семейной медицины ДПО, директор Академической клиники ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, председатель секции «Дисплазии соединительной ткани» РНМОТ
<b>Никифоров Виктор Сергеевич</b>	доктор медицинских наук, профессор	профессор кафедры функциональной диагностики ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России





<b>Остроумова Ольга Дмитриевна</b>	доктор медицинских наук, профессор	заведующий лабораторией клинической фармакологии и фармакотерапии РГНКЦ ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, профессор кафедры клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), вице-президент Российского медицинского общества по артериальной гипертензии
<b>Попов Сергей Валентинович</b>	академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ	директор, руководитель отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и ЭКС НИИ кардиологи ФГБНУ Томский НИМЦ РАН
<b>Ребров Андрей Петрович</b>	доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ	заведующий кафедрой госпитальной терапии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Минздрава России, полномочный представитель РНМОТ в Приволжском Федеральном округе
<b>Ройтман Евгений Витальевич</b>	доктор биологических наук	профессор кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, в.н.с. ФГБНУ Научный Центр неврологии, Президент Национальной Ассоциации по тромбозу и гемостазу
<b>Сайфутдинов Рустам Ильхамович</b>	доктор медицинских наук, профессор	заведующий кафедрой факультетской терапии и эндокринологии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, полномочный представитель РНМОТ в Уральском Федеральном округе
<b>Совалкин Валерий Иванович</b>	доктор медицинских наук, профессор	проректор по дополнительному последипломному образованию, заведующий кафедрой госпитальной терапии, эндокринологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России
<b>Сычев Дмитрий Алексеевич</b>	член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, профессор РАН	ректор, заведующий кафедрой клинической фармакологии и терапии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, член Формулярного комитета РАН, консул России в Европейской ассоциации клинических фармакологов и фармакотерапевтов, главный редактор журнала «Фармакогенетика и фармакогеномика»
<b>Терентьев Владимир Петрович</b>	доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ	заведующий кафедрой внутренних болезней №1 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, полномочный представитель РНМОТ в Южном Федеральном округе
<b>Тотчиев Георгий Феликсович</b>	доктор медицинских наук	профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Министр здравоохранения и социального развития Республики Южная Осетия



**Тюрин  
Владимир  
Петрович**

доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ

главный терапевт, заведующий кафедрой внутренних болезней ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

**Хальфин  
Руслан  
Альбертович**

доктор медицинских наук, профессор, лауреат Премии Правительства РФ в области науки и техники, Заслуженный врач РФ, Действительный государственный советник РФ II класса

директор Высшей школы управления здравоохранением Института лидерства и управления здравоохранением ФГАОУ ВО Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет); Президент страховой медицинской компании «МАКС-М», Президент Общероссийской общественной организации «Общество специалистов по организации здравоохранения и общественного здоровья»

**Шепель  
Руслан  
Николаевич**

помощник директора по региональному развитию, начальник отдела организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России, главный внештатный специалист - терапевт Центрального Федерального округа

**Ягода  
Александр  
Валентинович**

доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, Заслуженный врач РФ

заведующий кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, полномочный представитель РНМОТ в Северо-Кавказском Федеральном округе, главный редактор журнала «Медицинский вестник Северного Кавказа»

**Якушин  
Сергей  
Степанович**

доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ

заведующий кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России



## МЕТОДОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Целевая аудитория – врачи всех специальностей; студенты медицинских вузов, ординаторы, аспиранты; преподаватели медицинских вузов, научные сотрудники.

В настоящем документе все сведения ранжированы по уровню убедительности рекомендаций и достоверности доказательств в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

### Уровни достоверности доказательств для диагностических вмешательств

ДД	Иерархия дизайнов клинических исследований по убыванию уровня достоверности доказательств от 1 до 5
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

### Уровни убедительности рекомендаций для диагностических вмешательств

УР	Расшифровка
А	Однозначная (сильная) рекомендация (все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Неоднозначная (условная) рекомендация (не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Низкая (слабая) рекомендация - отсутствие доказательств надлежащего качества (все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)



### Возможные комбинации УДД и УУР для диагностических вмешательств

УДД	Критерии определения УУР	Итоговый УУР
1 = Наиболее достоверные доказательства: систематические обзоры исследований с контролем референсным методом	Одновременное выполнение двух условий: 1. Все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам являются согласованными <*>	A
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными <*>	B
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Все исследования имеют низкое методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными <*>	C
2 = Отдельные исследования с контролем референсным методом	Одновременное выполнение двух условий: 1. Все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам являются согласованными <*>	A
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными <*>	B
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Все исследования имеют низкое методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными <*>	C
3 = Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными <*>	B
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Все исследования имеют низкое методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными <*>	C
4 = Несравнимые исследования, описание клинического случая		C
5 = Наименее достоверные доказательства: имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов		C

<\*> Если оценивается одно КИ, то данное условие не учитывается.



### Уровни достоверности доказательств для лечебных и профилактических вмешательств

ДД	Иерархия дизайнов клинических исследований по убыванию уровня достоверности доказательств от 1 до 5
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна (помимо РКИ) с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования "случай-контроль"
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

### Уровни убедительности рекомендаций для лечебных и профилактических вмешательств

УР	Расшифровка
A	Однозначная (сильная) рекомендация (все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Неоднозначная (условная) рекомендация (не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Низкая (слабая) рекомендация - отсутствие доказательств надлежащего качества (все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)



## Возможные комбинации УДД и УУР для лечебных и профилактических вмешательств

УДД	Критерии определения УУР	Итоговый УУР
1 = Наиболее достоверные доказательства: систематические обзоры РКИ с применением метаанализа	Одновременное выполнение двух условий: 1. Все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам являются согласованными <*>	A
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными <*>	B
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Все исследования имеют низкое методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными	C
2 = отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна (помимо РКИ) с применением метаанализа	Одновременное выполнение двух условий: 1. Все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам являются согласованными <*>	A
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными <*>	B
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Все исследования имеют низкое методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными <*>	C
3 = Нерандомизированные сравнительные исследования в т.ч. когортные исследования	Одновременное выполнение двух условий: 1. Все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам являются согласованными <*>	A
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными <*>	B
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Все исследования имеют низкое методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными <*>	C
4 = Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев		C
5 = Наименее достоверные доказательства: имеется лишь обоснование механизма действия (доклинические исследования) или мнение экспертов		C

<\*> Если оценивается одно КИ, то данное условие не учитывается.

Порядок обновления клинических рекомендаций - пересмотр 1 раз в 3 года





## СВЯЗАННЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Документ разработан с учетом следующих нормативно-правовых документов:

- а. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
- б. Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 103н "Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации".
- с. Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 101н "Об утверждении критериев формирования перечня заболеваний (групп заболеваний, состояний) по которым разрабатываются клинические рекомендации".

## Алгоритм действий врача (блок-схема)

Для заболеваний и состояний, кодируемых по МКБ-10: A00-B99, C00-D48, D50-D89, E00-E90, G10-G99, H00-H95, I00-I99, J00-J99, K00-K93, L00-L99, M00-M99, N00-N99, O00-O99, Z30-Z76



## ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

### Примерные рекомендации для пациентов с высоким уровнем приверженности лекарственной терапии

При большинстве хронических заболеваний необходим постоянный приём лекарств. Все лекарства можно разделить на профилактические, которые не дают ухудшаться болезни или предупреждают её осложнения (например, аспирин не даёт образовываться тромбам), и лечебные, которые борются с самой болезнью (например, инсулин помогает усвоить сахар при диабете). Для качественного лечения нужен приём и тех и других средств, и Вы к этому готовы. Выполняя назначения врача, Вы обычно точно соблюдаете его рекомендации по приёму лекарств. Если у Вас есть несколько заболеваний, от которых Вы получаете лечение, 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 большинстве хронических заболеваний необходим постоянный приём лекарств. Все лекарства можно разделить на профилактические, которые не дают ухудшаться болезни или предупреждают её осложнения (например, аспирин не даёт образовываться тромбам), и лечебные, которые борются с самой болезнью (например, инсулин помогает усвоить сахар при диабете). Для качественного лечения нужен приём и тех и других средств, однако Вы не всегда к этому готовы. Обратившись к врачу, обязательно уточните у него, какие препараты 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 предупреждайте об этом своего врача и просите его подобрать лекарства таким образом, чтобы принимать их только один или, в крайнем случае, два раза в день. Если у Вас есть несколько заболеваний, от которых Вы получаете лечение, 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 с низким уровнем приверженности лекарственной терапии**

При большинстве хронических заболеваний необходим постоянный приём лекарств. Все лекарства можно разделить на профилактические, которые не дают ухудшаться болезни или предупреждают её осложнения (например, аспирин не даёт образовываться тромбам), и лечебные, которые борются с самой болезнью (например, инсулин помогает усвоить сахар при диабете). Несмотря на то, что Вы очень не любите принимать лекарства, они необходимы. Поэтому, обратившись к врачу, обязательно уточните у него, какие препараты 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 предупреждайте об этом своего врача и просите его подобрать лекарства таким образом, чтобы принимать их один раз в день. Если у Вас есть несколько заболеваний, от которых Вы получаете лечение, 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 с высоким уровнем приверженности медицинскому сопровождению**

Серьёзные хронические заболевания требуют медицинского наблюдения и сопровождения, и Вы к этому полностью готовы. При большинстве таких заболеваний нужно проходить регулярный лабораторный контроль, инструментальное обследование и осмотры врачей. Однако следить за своим здоровьем может и сам больной, и Вам это вполне по силам. При необходимости Вы сами сможете контролировать уровень сахара крови, холестерина и многое другое. Уточните у своего лечащего врача, какие лабораторные анализы с какой частотой нужно делать, на какие показатели обращать внимание, и при каком их изменении нужно обратиться к нему за советом. Согласуйте с врачом примерный план и сроки необходимого инструментального обследования. 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**



Серьёзные хронические заболевания требуют медицинского наблюдения и сопровождения, и в целом Вы к этому готовы. При таких заболеваниях обязательно необходимы регулярный лабораторный контроль, инструментальное обследование и осмотры врачей, однако если Вы очень загружены делами, следить за своим здоровьем можно самостоятельно. Для этого обязательно уточните у своего лечащего врача, какие лабораторные и инструментальные исследования и с какой периодичностью нужно делать, и при каком их изменении следует обязательно обратиться к врачу. Уточните, какие исследования (например, измерение давления, исследование сахара крови и другие) Вы сможете выполнять самостоятельно – это избавит Вас от дополнительных 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**

Серьёзные хронические заболевания требуют медицинского наблюдения и сопровождения с обязательным регулярным контролем лабораторных и инструментальных показателей и осмотром врачей. Несмотря на то, что Вы не любите этим заниматься, такая необходимость может возникнуть. Чтобы выполнять это было проще, выясните у своего лечащего врача, какие лабораторные и инструментальные исследования и с какой периодичностью Вам наиболее необходимы, как и когда их нужно делать, и при каком изменении показателей следует обязательно обратиться к врачу. Уточните, какие исследования (например, измерение давления, исследование сахара крови и другие) и с какой периодичностью Вы сможете выполнять самостоятельно – это избавит Вас от дополнительных обращений в поликлинику. При визитах к врачу обязательно берите с собой все результаты исследований, в том числе выполненных по рекомендациям других специалистов.

#### **Примерные рекомендации для пациентов с высоким уровнем приверженности модификации образа жизни**

Вы осознаёте, что, при возникновении серьёзного заболевания придётся изменить привычный режим жизни, и готовы к этому. 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, постарайтесь 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 повышена масса тела, Вы сможете, следуя рекомендациям врача, её нормализовать или существенно снизить. Также Вы в состоянии существенно ограничить или полностью отказаться от нежелательных привычек – курения или избыточного употребления алкоголя (если они у Вас есть). В целом Вам гораздо легче, чем многим другим, отрегулировать свой образ жизни таким образом, чтобы прожить долго и хорошо.

#### **Примерные рекомендации для пациентов со средним уровнем приверженности модификации образа жизни**

Вы понимаете, что, при возникновении серьёзного заболевания, нужно будет изменить привычный режим жизни, и Вам придётся приложить для этого существенные усилия. Если в связи с таким заболеванием Вы наблюдаетесь у врача, попросите его дать короткие и



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, постарайтесь это запомнить и по возможности такие продукты и напитки не употреблять. Если у Вас повышена масса тела, посоветуйтесь с врачом, можно ли попытаться её снизить, и выясните у него, какие способы при Вашем заболевании будут наиболее эффективны. Вам будет трудно отказаться от нежелательных привычек – курения или избыточного употребления алкоголя (если они у Вас есть), однако это вполне возможно. При наличии таких привычек, обсудите с врачом, какие из них для Вас наиболее опасны, и почему, выделите самую главную проблему и постарайтесь с ней справиться. Несмотря на то, что Вы не очень верите в ценность режима и диеты, Вы в состоянии отрегулировать свой образ жизни таким образом, чтобы прожить долго и хорошо.

#### **Примерные рекомендации для пациентов с низким уровнем приверженности модификации образа жизни**

Вы знаете, что, при возникновении серьёзного заболевания, нужно будет изменить привычный режим жизни, и как бы этого не хотелось, нужно постараться это сделать. Если в связи с таким заболеванием Вы наблюдаетесь у врача, попросите его рассказать, что совершенно 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, постарайтесь это запомнить и по возможности такие продукты и напитки не употреблять. Если у Вас повышена масса тела, посоветуйтесь с врачом, можно ли попытаться её снизить, и выясните у него, какие простые способы при Вашем заболевании будут наиболее эффективны. Скорее всего, Вам очень трудно отказываться от нежелательных привычек – курения или избыточного употребления алкоголя (если они у Вас есть), однако это возможно. В этом случае обсудите с лечащим врачом, какие из этих привычек для Вас наиболее опасны, и почему, выделите самую главную проблему и постарайтесь с ней справиться. Несмотря на то, что Вы не верите в ценность режима и диеты, у Вас есть возможность внести небольшие, но очень существенные изменения в свой образ жизни таким образом, чтобы прожить долго и хорошо.

Приложение Г

#### **ВОПРОСНИК КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ КОП-25<\*>**

Вопросник заполняется респондентом лично, или с участием интервьюера. Анкета опросника включает 25 вопросов с вариантами ответов:

(1) Врач выявил у вас хроническую болезнь. Важно ли вам знать, какими признаками она проявляется? Варианты ответов: 1 – совершенно не важно; 2 – почти не важно; 3 – скорее не важно, чем важно; 4 – скорее важно, чем не важно; 5 – достаточно важно; 6 – очень важно.

(2) Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? Варианты ответов: 1 – очень сложно; 2 – достаточно сложно; 3 – скорее сложно, чем несложно; 4 – скорее несложно, чем сложно; 5 – почти несложно; 6 – совершенно несложно.



(3) Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? Варианты ответов: 1 – очень сложно; 2 – достаточно сложно; 3 – скорее сложно, чем несложно; 4 – скорее несложно, чем сложно; 5 – почти несложно; 6 – совершенно несложно.

(4) Врач назначил вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? Варианты ответов: 1 – очень сложно; 2 – достаточно сложно; 3 – скорее сложно, чем несложно; 4 – скорее несложно, чем сложно; 5 – почти несложно; 6 – совершенно несложно.

(5) Врач предложил вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию? Варианты ответов: 1 – очень сложно; 2 – достаточно сложно; 3 – скорее сложно, чем несложно; 4 – скорее несложно, чем сложно; 5 – почти несложно; 6 – совершенно несложно.

(6) Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас не ощущать эти проявления? Варианты ответов: 1 – совершенно не важно; 2 – почти не важно; 3 – скорее не важно, чем важно; 4 – скорее важно, чем не важно; 5 – достаточно важно; 6 – очень важно.

(7) Если у вас есть сексуальная жизнь, насколько важно для вас сохранять её на привычном уровне? Варианты ответов: 1 – совершенно не важно / её нет; 2 – почти не важно; 3 – скорее не важно, чем важно; 4 – скорее важно, чем не важно; 5 – достаточно важно; 6 – очень важно.

(8) Хроническая болезнь вынуждает изменить привычный образ жизни. Насколько сложно для вас такое изменение? Варианты ответов: 1 – очень сложно; 2 – достаточно сложно; 3 – скорее сложно, чем несложно; 4 – скорее несложно, чем сложно; 5 – почти несложно; 6 – совершенно несложно.

(9) Хроническая болезнь вынуждает изменить привычную диету. Насколько сложно для вас такое изменение? Варианты ответов: 1 – очень сложно; 2 – достаточно сложно; 3 – скорее сложно, чем несложно; 4 – скорее несложно, чем сложно; 5 – почти несложно; 6 – совершенно несложно.

(10) Хроническая болезнь может привести к инвалидности. Насколько важно для вас получить или подтвердить группу инвалидности? Варианты ответов: 1 – совершенно не важно; 2 – почти не важно; 3 – скорее не важно, чем важно; 4 – скорее важно, чем не важно; 5 – достаточно важно; 6 – очень важно.

(11) Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно для вас знать результаты анализов? Варианты ответов: 1 – совершенно не важно; 2 – почти не важно; 3 – скорее не важно, чем важно; 4 – скорее важно, чем не важно; 5 – достаточно важно; 6 – очень важно.

(12) Все люди верят или не верят в Бога. Насколько важно для вас верить в Бога? Варианты ответов: 1 – совершенно не важно; 2 – почти не важно; 3 – скорее не важно, чем важно; 4 – скорее важно, чем не важно; 5 – достаточно важно; 6 – очень важно.

(13) Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно для вас такое врачебное наблюдение? Варианты ответов: 1 – очень сложно; 2 – достаточно сложно; 3 – скорее сложно, чем несложно; 4 – скорее несложно, чем сложно; 5 – почти несложно; 6 – совершенно несложно.

(14) Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько сложно для вас будет переносить такие ощущения? Варианты ответов: 1 – очень сложно; 2 – достаточно сложно; 3 – скорее сложно, чем несложно; 4 – скорее несложно, чем сложно; 5 – почти несложно; 6 – совершенно несложно.

(15) Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения? Варианты ответов: 1 –





очень сложно; 2 – достаточно сложно; 3 – скорее сложно, чем несложно; 4 – скорее несложно, чем сложно; 5 – почти несложно; 6 – совершенно несложно.

(16) Врач назначил лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? Варианты ответов: 1 – ни за что не буду; 2 – вероятнее всего не буду; 3 – скорее не буду, чем буду; 4 – скорее буду, чем не буду; 5 – вероятнее всего буду; 6 – обязательно буду.

(17) Врач назначил лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? Варианты ответов: 1 – ни за что не буду; 2 – вероятнее всего не буду; 3 – скорее не буду, чем буду; 4 – скорее буду, чем не буду; 5 – вероятнее всего буду; 6 – обязательно буду.

(18) Врач назначил несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? Варианты ответов: 1 – ни за что не буду; 2 – вероятнее всего не буду; 3 – скорее не буду, чем буду; 4 – скорее буду, чем не буду; 5 – вероятнее всего буду; 6 – обязательно буду.

(19) Врач предложил каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? Варианты ответов: 1 – ни за что не буду; 2 – вероятнее всего не буду; 3 – скорее не буду, чем буду; 4 – скорее буду, чем не буду; 5 – вероятнее всего буду; 6 – обязательно буду.

(20) Врач сообщил, что назначенные лекарства могут вызывать неприятные ощущения, в том числе и те, что вы у себя уже наблюдаете. Будете ли вы принимать такие лекарства? Варианты ответов: 1 – ни за что не буду; 2 – вероятнее всего не буду; 3 – скорее не буду, чем буду; 4 – скорее буду, чем не буду; 5 – вероятнее всего буду; 6 – обязательно буду.

(21) Врач сообщил, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальную жизнь. Будете ли вы после этого принимать такие лекарства? Варианты ответов: 1 – ни за что не буду; 2 – вероятнее всего не буду; 3 – скорее не буду, чем буду; 4 – скорее буду, чем не буду; 5 – вероятнее всего буду; 6 – обязательно буду.

(22) Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? Варианты ответов: 1 – ни за что не буду; 2 – вероятнее всего не буду; 3 – скорее не буду, чем буду; 4 – скорее буду, чем не буду; 5 – вероятнее всего буду; 6 – обязательно буду.

(23) Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? Варианты ответов: 1 – ни за что не буду; 2 – вероятнее всего не буду; 3 – скорее не буду, чем буду; 4 – скорее буду, чем не буду; 5 – вероятнее всего буду; 6 – обязательно буду.

(24) Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? Варианты ответов: 1 – ни за что не буду; 2 – вероятнее всего не буду; 3 – скорее не буду, чем буду; 4 – скорее буду, чем не буду; 5 – вероятнее всего буду; 6 – обязательно буду.

(25) Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию? Варианты ответов: 1 – ни за что не буду; 2 – вероятнее всего не буду; 3 – скорее не буду, чем буду; 4 – скорее буду, чем не буду; 5 – вероятнее всего буду; 6 – обязательно буду.

Анкета вопросника заполняется последовательно с 1 по 25 вопрос. Для каждого вопроса из закрытого перечня ответов респондент выбирает наиболее подходящий. На каждый вопрос анкеты может быть выбран только один ответ.

Заполненная анкета обрабатывается интервьюером по алгоритму. Обработку результатов можно выполнять как в автоматизированном, так и в ручном режиме. На каждый вопрос имеется 6 вариантов оцениваемых в баллах ответов.





Обработку результатов выполняют в два этапа.

На первом этапе вычисляют технические показатели: «важность лекарственной терапии», «важность медицинского сопровождения», «важность модификации образа жизни» и «готовность к лекарственной терапии», «готовность к медицинскому сопровождению», «готовность к модификации образа жизни».

Каждый технический показатель представляет собой простую сумму баллов, полученную при ответах на соответствующие вопросы, таким образом, минимально возможное значение каждого технического показателя составляет 5 баллов, а максимально возможное – 30 баллов.

БАЛЛЫ	ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ		
1	Совершенно не важно	Очень сложно	Ни за что не буду
2	Почти не важно	Достаточно сложно	Вероятнее всего не буду
3	Скорее не важно, чем важно	Скорее сложно, чем несложно	Скорее не буду, чем буду
4	Скорее важно, чем не важно	Скорее несложно, чем сложно	Скорее буду, чем не буду
5	Достаточно важно	Почти несложно	Вероятнее всего буду
6	Очень важно	Совершенно несложно	Обязательно буду
ВОПРОСЫ	1, 6, 7, 10, 11, 12	2, 3, 4, 5, 8, 9, 13, 14, 15	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25

ПОКАЗАТЕЛЬ	СИМВОЛ	ВОПРОСЫ, БАЛЛЫ ОТВЕТОВ НА КОТОРЫЕ СУММИРУЮТ
Важность лекарственной терапии	M <sub>d</sub>	2, 3, 4, 6, 14
Важность медицинского сопровождения	M <sub>m</sub>	1, 5, 10, 11, 13
Важность модификации образа жизни	M <sub>c</sub>	7, 8, 9, 12, 15
Готовность к лекарственной терапии	G <sub>d</sub>	16, 17, 18, 20, 21
Готовность к медицинскому сопровождению	G <sub>m</sub>	16, 19, 20, 24, 25
Готовность к модификации образа жизни	G <sub>c</sub>	19, 22, 23, 24, 25



На втором этапе рассчитывают показатели приверженности: «приверженность к лекарственной терапии», «приверженность к медицинскому сопровождению», «приверженность к модификации образа жизни» и их интегральный показатель: «приверженность к лечению»

ПОКАЗАТЕЛЬ	РАСЧЁТ ПОКАЗАТЕЛЯ
Приверженность лекарственной терапии	$C_d = 1 \div \frac{(30 \div M_d) \times (60 \div G_d)}{2} \times 100$ <p>где: <math>C_d</math> – приверженность лекарственной терапии, %; <math>M_d</math> – важность лекарственной терапии, баллов; <math>G_d</math> – готовность к лекарственной терапии, баллов</p>
Приверженность медицинскому сопровождению	$C_m = 1 \div \frac{(30 \div M_m) \times (60 \div G_m)}{2} \times 100$ <p>где: <math>C_m</math> – приверженность медицинскому сопровождению, %; <math>M_m</math> – важность медицинского сопровождения, баллов; <math>G_m</math> – готовность к медицинскому сопровождению, баллов</p>
Приверженность модификации образа жизни	$C_c = 1 \div \frac{(30 \div M_c) \times (60 \div G_c)}{2} \times 100$ <p>где: <math>C_c</math> – приверженность модификации образа жизни, %; <math>M_c</math> – важность модификации образа жизни, баллов; <math>G_c</math> – готовность к модификации образа жизни, баллов</p>
Приверженность лечению	$C = \frac{C_m + 2C_c + 3C_d}{6}$ <p>где: <math>C</math> – приверженность лечению, %; <math>C_m</math> – приверженность к медицинскому сопровождению, %; <math>C_c</math> – приверженность к изменению образа жизни, %; <math>C_d</math> – приверженность к лекарственной терапии, %.</p>

Каждый показатель представляет собой величину, вычисленную для конкретного респондента, выраженную в процентах от теоретически возможной (принятой за 100%).

<\*> Николаев Н.А. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) / Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко // Клиническая фармакология и терапия. – 2018. – Т. 27. – № 1. – С. 74-78.



### Процедура автоматизированного анкетирования

Для анкетирования в автоматизированном режиме пользователь (пациент) самостоятельно, либо с участием интервьюера, используя персональный компьютер или иное коммуникационное электронное устройство, обеспечивающее доступ в сеть «Интернет», осуществляет переход на сайт опросника любым из следующих способов доступа:



- доступ с помощью автоматизированного распознавания QR , или
- переход по электронной ссылке: <http://www.prognoz-med.ru/#/>

Осуществив доступ, пользователь активирует приложение «Приверженность к лечению», в котором заполняет опросник, последовательно вводя информацию в рабочие поля и отвечая на вопросы опросника. После заполнения электронной анкеты результат обрабатывается автоматически и выдаётся в виде заключения с рекомендациями в формате PDF, которое может быть сохранено пользователем в виде электронного документа, либо распечатано.