

Российское Научное Медицинское Общество Терапевтов
Научное Общество Гастроэнтерологов России
Национальная Ассоциация по Тромбозу и Гемостазу
Геронтологическое общество при РАН
Общество доказательной неврологии
Российское общество онкогематологов
Российское общество фтизиатров
Секция «Приверженность лечению» РНМОТ



СОГЛАСИТЕЛЬНЫЙ ДОКУМЕНТ – МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «УПРАВЛЕНИЕ ЛЕЧЕНИЕМ НА ОСНОВЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ»

2020 г.



Российское научное медицинское общество терапевтов. Научное общество гастроэнтерологов России. Национальная ассоциация по тромбозу и гемостазу, Геронтологическое общество при РАН, Общество доказательной неврологии, Российское общество онкогематологов, Российское общество фтизиатров; 2020 ©
УДК 616.1/.9–08:614.253.8

СОГЛАСИТЕЛЬНЫЙ ДОКУМЕНТ – МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «УПРАВЛЕНИЕ ЛЕЧЕНИЕМ НА ОСНОВЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ»

РАБОЧАЯ ГРУППА

д.м.н., доц. Николаев Н.А., акад. РАН, проф. Мартынов А.И., к.м.н. Скирденко Ю.П., проф. Агеев Ф.Т., Андреев К.А., чл.-корр. РАН, проф. Анисимов В.Н., чл.-корр. РАН, проф. Арутюнов Г.П., доц. Бабичева Л.Г., д.м.н., доц. Бунова С.С., проф. Васильева И.А., проф. Викторова И.А., д.м.н. Виноградов О.И., проф. Волчегорский И.А., проф. Воробьев П.А., проф. Галявич А.С., к.м.н. Гаус О.В., Гомберг В.Г., Горбенко А.В., чл.-корр. РАН, проф. Драпкина О.М., д.м.н. Ершов А.В., проф. Задионченко В.С., проф. Зырянов С.К., акад. РАН, проф. Карпов Р.С., чл.-корр. РАН, проф. Кобалава Ж.Д., проф. Колбасников С.В., Кондратьева К.О., чл.-корр. РАН, проф. Конради А.О., проф. Лазебник Л.Б., проф. Ливзан М.А., проф. Малявин А.Г., проф. Мареев В.Ю., акад. РАН, проф. Медведева И.Г., д.м.н. Михайлова Н.Б., проф. Моисеев С.В., д.м.н. Морозова О.Л., проф. Напалков Д.А., проф. Недошивин А.О., доц. Нелидова А.В., проф. Нечаева Г.И., проф. Никифоров В.С., проф. Остроумова О.Д., проф. Пискалков А.В., акад. РАН, проф. Поддубная И.В., акад. РАН, проф. Попов С.В., д.м.н., проф. Птушкин В.В., проф. Ребров А.П., д.м.н. Ройтман Е.В., проф. Сайфудинов Р.И., д.м.н., доц. Семиглазова Т.Ю., проф. Совалкин В.И., к.м.н. Советкина Н.В., проф. Терентьев В.П., д.м.н. Тотчиев Г.Ф., д.м.н., проф. Тумян Г.С., проф. Тюрин В.П., Федорин М.М., Шепель Р.Н., проф. Ягода А.В., проф. Якушин С.С.

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



СОДЕРЖАНИЕ

1	Приверженность лечению: понятия и консолидированные положения	4
2	Критерии количественной оценки приверженности лечению	8
3	Прогноз эффективности медицинских вмешательств в зависимости от уровня приверженности лечению	8
4	Ожидаемая эффективность отдельных вмешательств в зависимости от уровня приверженности лекарственной терапии	9
5	Ожидаемая эффективность отдельных вмешательств в зависимости от уровня приверженности медицинскому сопровождению	10
6	Ожидаемая эффективность отдельных вмешательств в зависимости от уровня приверженности модификации образа жизни	11
7	Управление лечением: выбор лечебной стратегии в зависимости от прогноза эффективности медицинских вмешательств	12
8	Выбор лечебной стратегии с учётом уровня приверженности лекарственной терапии	12
9	Выбор лечебной стратегии с учётом уровня приверженности медицинскому сопровождению	12
10	Выбор лечебной стратегии с учётом уровня приверженности модификации образа жизни	13
11	Литература	14



Согласительный Документ «Управление лечением на основе приверженности» разработан Российским научным медицинским обществом терапевтов совместно с Научным обществом гастроэнтерологов России и Национальной ассоциацией по тромбозу и гемостазу на основе клинических рекомендаций РНМОТ, утвержденных XIV Национальным конгрессом терапевтов (Москва, 20 ноября 2019 года). Документ предназначен в первую очередь для оценки приверженности лекарственной терапии, модификации образа жизни и медицинскому сопровождению пациентов, нуждающихся в длительном или постоянном лечении. Под приверженностью лечению авторы документа рассматривают соответствие поведения больного относительно рекомендаций, полученных от врача в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни. Недостаточная приверженность лечению является глобальной проблемой. Оценка приверженности в качестве основы принятия врачебных решений является критически важным звеном повышения качества системы здравоохранения. Прогнозы в отношении результатов и исходов лечения не могут быть признаны эффективными, если индивидуализированные уровни приверженности не используются для обоснования планирования и оценки проектов. В медицинской практике предпочтительна количественная оценка приверженности, универсальная для пациентов с различными заболеваниями и с возможностью автоматизированного ввода и обработки данных. Разделы, посвященные медицинским вмешательствам, основанным на оценке приверженности лечению, должны быть отражены в национальных клинических рекомендациях. На перечисленных положениях базируются настоящие Совместные Рекомендации.

Приверженность лечению: понятия и консолидированные положения

(1) 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 [1]. Оценка приверженности в качестве основы для последующего принятия врачебных решений является важным звеном повышения эффективности системы здравоохранения [2, 3, 4]. (Уровень доказательности: 2A)

(2) Накапливается все больше доказательств, свидетельствующих, что приверженность лечению 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 лечению, оцениваемая по регулярности обновления рецептов, у половины больных составляла менее 50% [5,6]. (Уровень доказательности: 2A)

(3) Прогнозы в отношении результатов и исходов лечения не могут быть признаны эффективными, если уровень приверженности лечению не используются для обоснования планирования и оценки проектов [7]. Оценка приверженности лечению позволяет избежать большого числа дорогостоящих обследований и процедур (включая интервенционное лечение), а также назначения ненужных лекарственных препаратов [8]. (Уровень доказательности: 2A)

(4) Изменение приверженности лечению – непрерывный и динамичный процесс. Любая популяция пациентов может быть сегментирована в соответствии с уровнем готовности к выполнению рекомендаций [3, 4, 9, 10, 11]. (Уровень доказательности: 1B)



(5) Исключительно важной задачей является оценка влияния терапевтических стратегий на приверженность лечению и терапевтическую инертность в циркулярных исследованиях, в условиях реальной клинической практики. Результаты таких исследований относительно влияния терапии (в том числе комбинированной) на приверженность лечению, 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 [12]. (Уровень доказательности: 2A)

(6) Оценка приверженности лечению до настоящего времени выполнена 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 улучшать результаты терапии, должно быть показано в адекватно спланированных исследованиях, основанных на дизайнах РКИ и циркулярной модели [13, 14, 15]. (Уровень доказательности: 2B)

(7) Управление лечением на основании выявленного индивидуального уровня приверженности, либо управление приверженностью лечению может иметь большее влияние на здоровье населения, чем улучшение специфического медицинского лечения [3, 7, 16, 17]. (Уровень доказательности: 2A)

(8) Недостаточная приверженность лечению является глобальной проблемой современной медицины [1, 7]. Приверженность лечению больных, страдающих хроническими заболеваниями, является одним из важнейших факторов, обеспечивающих качество терапии и непосредственно влияющих на прогноз [18, 19]. (Уровень доказательности: 2A)

(9) 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 [20, 21, 22]. (Уровень доказательности: 2A)

(10) 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 [7, 23]. (Уровень доказательности: 2A)

(11) 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 [3, 4, 9, 13, 14, 24]. (Уровень доказательности: 2A)

(12) Все известные методы изучения приверженности лечению (как прямые, так и непрямые), обладают методологическими либо технологическими недостатками [7, 17, 24]. (Уровень доказательности: 1A)

(13) Из основных методов оценки приверженности лечению (прямой вопрос; счёт препаратов; измерение концентрации препаратов или их метаболитов в средах и биологических жидкостях организма человека; мониторинг визитов и вмешательств, электронное мониторингование; использование систем дистанционного контроля, анкетирование), наилучшим по соотношению трудозатраты/эффективность является анкетирование. Наиболее распространенным и рутинно применимым методом



анкетирования является оценка приверженности лечению с помощью вопросников [1, 7].
(Уровень доказательности: 2B)

(14) В медицинской практике предпочтительны вопросники, позволяющие исследовать приверженность лечению количественно, применимые универсально у больных с различными заболеваниями, и имеющими возможность автоматизированных ввода и обработки данных [3, 4, 17]. (Уровень доказательности: 2A)

(15) Ценность большинства стандартизированных вопросников невелика, тогда как другие методы, например, определение содержания препаратов в крови и моче, информативны, но не могут быть широко использованы [25, 26, 27]. Результаты применения вопросников нередко переоценивают приверженность лечению. Оценка приверженности лечению может стать лучше при появлении более дешевых и надежных методов выявления препаратов, которые можно применять в условиях повседневной практики [28]. 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) [29, 30, 31] 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 [3, 4, 32]. (Уровень доказательности: 2B)

(16) При оценке приверженности лекарственной терапии приемлемым может считаться уровень не менее 75%, а оптимальным – не менее 80% [33, 34, 35, 36].
(Уровень доказательности: 2B)

(17) 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 [37, 38, 39, 40, 41] (Уровень доказательности: 1A)

(18) Недостаточная приверженность лечению опасна серьезными последствиями и является самостоятельным фактором, ухудшающим прогноз [37, 42, 43]. Следствием недостаточной приверженности лекарственной терапии и модификации образа жизни является ухудшение течения заболеваний и их прогноза при одновременном увеличении стоимости лечения [6, 44, 45, 46, 47, 48, 49]. Основным недостатком мероприятий по изменению образа является низкая приверженность к нему с течением времени [50, 51]. Глобальные последствия недостаточной приверженности лечению – ухудшение здоровья и увеличение общих расходов на здравоохранение; влияние недостаточной приверженности лечению растет по мере роста бремени хронических заболеваний [7]. (Уровень доказательности: 2A)

(19) Мероприятия, направленные на повышение приверженности лечению, 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 лечению, с течением времени снижают свою эффективность и в отдаленной перспективе малоэффективны или не эффективны [7, 23]. (Уровень доказательности: 2A)

(20) При хронических соматических заболеваниях доля больных, не приверженных лечению, составляет 20-60% [46, 52, 53, 54]. (Уровень доказательности: 2B)

(21) 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% [55]. (Уровень доказательности: 1A)

(22) Преждевременная отмена лекарственной терапии и неадекватное следование рекомендациям являются наиболее частыми проявлениями низкой приверженности лечению. Более 30% пациентов самостоятельно отменяют назначенную терапию через 6 месяцев, а через 1 год более 50% пациентов [56]. 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 [47, 52, 57]. Низкая приверженность назначенной терапии является частой причиной псевдорезистентности, которая выявляется у 50% пациентов при обследовании с помощью лабораторного мониторинга приема препаратов [58, 59, 60]. (Уровень доказательности: 2A)

(23) Предикторами достаточной приверженности лечению являются высшее образование [38], наличие группы инвалидности [61], старший возраст [36, 62, 63] и кратность приема препаратов. Однократный прием препаратов (в т.ч. в форме фиксированной комбинации) сопровождается значимо большей приверженностью лекарственной терапии, чем двукратный и многократный [64]. Максимальная приверженность лекарственной терапии больных с хроническими соматическими заболеваниями отмечается при однократном приеме препаратов [65, 66]. (Уровень доказательности: 1A).

(24) Предикторами недостаточной приверженности лечению являются сложная или неудобная схема приема препаратов [37], увеличение стажа заболевания, ограниченность (недостаток) финансовых средств, недоверие врачу, недооценка тяжести состояния, отсутствие веры в успех лечения [61, 67, 68, 69], страх перед нежелательными эффектами лечения, низкий уровень образования, злоупотребление алкоголем [24, 61, 70, 71], хорошее самочувствие [72, 73, 74]. Хронические соматические заболевания без яркой симптоматики являются предикторами недостаточной приверженности лекарственной терапии [31]. (Уровень доказательности: 2A)

(25) У пожилых пациентов российской популяции ведущей причиной низкой приверженности лекарственной терапии являются развитие нежелательных эффектов и страх таковых [64]. (Уровень доказательности: 1A)

(26) 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 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 [13, 14, 58]. (Уровень доказательности: 2A)

(27) Повышению приверженности лечению способствуют адаптация приема препаратов к привычкам пациента [75], предоставление доступных алгоритмов самоконтроля [76], 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 [77]. 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 [13, 14, 27, 78, 79]. (Уровень доказательности: 2A)

(28) Несмотря на имеющиеся доказательства обратного, по-прежнему сохраняется тенденция к сосредоточению внимания на поиске проблем приверженности лечению, связанных только с пациентами, при относительном пренебрежении факторами, связанными с поставщиком услуг и системой здравоохранения [2, 7, 43, 62, 80, 81]. 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 [11, 17, 82]. Стратегической целью системы качества в отношении приверженности лечению должна быть постоянная готовность медицинских работников к оценке у пациента приверженности лечению и предоставлению учитывающих это рекомендаций [10, 17]. (Уровень доказательности: 2B)

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 одновременного определения приверженности по шкалам лекарственной терапии, медицинского сопровождения, модификации образа жизни и интегральной приверженности лечению [3, 4, 32]. 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% от максимально возможного [33, 34, 35, 36]. Иные полученные значения показателя по любой измеряемой шкале следует расценивать как недостаточные, поскольку это свидетельствует о высоком риске невыполнения действий пациентов, связанных с соответствующими медицинскими рекомендациями.

Прогноз эффективности медицинских вмешательств в зависимости от уровня приверженности лечению

Для прогноза эффективности медицинских вмешательств значения приверженности, полученные по соответствующей шкале у конкретного пациента, соотносят с диапазоном значений соответствующего уровня приверженности, определяя 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 неучтённые воздействия могут повлиять на фактическую эффективность вмешательств [2, 7, 11, 14, 17, 62, 80, 81, 82]. (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: 2B)

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: 2B)

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: 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; 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: 2B)

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: 2B)

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: 2B)

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: 2B)

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: 2B)

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: 2B)

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: 2B)

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: 2B)

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: 2C)

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: 2C)

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: 2C)

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: 2C)

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: 2C)



ЛИТЕРАТУРА

1. Geest S., Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2003;2(4):323. DOI: 10.1016/S1474-5151(03)00091-4.
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. Доступно по: https://elibrary.ru/download/elibrary_15555091_58697945.pdf. Ссылка активна на 05.01.2020. [Alekseev VN, Malevannaya OA, Nader Samih El Haj. The reasons of low adherence in primary open-angle glaucoma patients treatment. *Ophthalmological journal.* 2010;3(4):37-39. [cited 05.01.2020]. Available from: https://elibrary.ru/download/elibrary_15555091_58697945.pdf. (In Russ)]
3. Моисеев С.В. Как улучшить приверженность к двойной антитромбоцитарной терапии после острого коронарного синдрома. *Клиническая фармакология и терапия.* 2011;4(20):34-40. Доступно по: https://elibrary.ru/download/elibrary_22622404_71748330.pdf. Ссылка активна на 05.01.2020. [Moissejev SV. How to improve compliance to dual antithrombotic treatment after acute coronary syndrome? *Clin. Pharmacol. Ther.* 2011, 20 (4), 34-40. [cited 05.01.2020]. Available from: https://elibrary.ru/download/elibrary_22622404_71748330.pdf. (In Russ)]
4. 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. DOI: 10.14300/mnnc.2019.14072. [Nikolaev NA, Martynov AI, Bojcov SA, Drapkina OM, Sychev DA, Livzan MA, Skirdenko YuP. The first Russian consensus on quantitative assessment of treatment outcome. *Medical news of North Caucasus.* 2019;2(14):283-301. DOI: 10.14300/mnnc.2019.14072. (In Russ)]
5. 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. DOI: 10.1097/HJH.0b013e328342ca97.
6. 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. DOI:10.1186/s12872-017-0708-x.
7. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, WHO 2003;211. [cited 05.01.2020]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>.
8. 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. DOI:10.1161/HYPERTENSIONAHA.116.07464.
9. Николаев Н.А. Пациентоориентированная антигипертензивная терапия: клинические рекомендации для практических врачей. *Врач.* 2016;4:82-85. Доступно по: <https://elibrary.ru/item.asp?id=25934065>. Ссылка активна на 05.01.2020. [Nikolaev N. Patient-oriented antihypertensive therapy: clinical guidelines for the practitioner. *The Doctor.* 2016;4:82-85. [cited 05.01.2020]. Available from: <https://elibrary.ru/item.asp?id=25934065>. (In Russ)]
10. Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Вклад приверженности терапии антикоагулянтами в риск осложнений фибрилляции предсердий. *Российский кардиологический журнал.* 2019;2:64-69. DOI:10.15829/1560-4071-2019-2-64-69. [Skirdenko YP, Nikolaev NA. Contribution of anticoagulant therapy adherence to the risk of complications of atrial fibrillation. *Russian Journal of Cardiology.* 2019;(2):64-69. DOI:10.15829/1560-4071-2019-2-64-69. (In Russ)]
11. 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. DOI:10.17116/terarkh201890117-21. [Skirdenko JuP, Nikolaev NA. Quantitative assessment of adherence to treatment in patients with atrial fibrillation in real clinical practice. *Therapeutic Archive.* 2018;1:17-21. DOI:10.17116/terarkh201890117-21. (In Russ)]
12. Mancina 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 DOI: 10.1097/HJH.0000000000001181.
13. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: количественная оценка результата антигипертензивной терапии. М.: Издательский дом «Академия естествознания», 2008. 92 с. <https://elibrary.ru/item.asp?id=19544653>. [Nikolaev N.A. Dokazatel'naya gipertenziologiya: kolichestvennaya ocenka rezul'tata antigipertenzivnoj terapii. M.: Izdatel'skij dom «Akademiya estestvoznaniya», 2008. 92 p. <https://elibrary.ru/item.asp?id=19544653>. (In Russ)]
14. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: пациентоориентированная антигипертензивная терапия. М.: Издательский дом Академии естествознания, 2015. 178 с. <https://elibrary.ru/item.asp?id=25268177>. [Nikolaev N.A. Dokazatel'naya gipertenziologiya:



pacientoorientirovannaya antigipertenzivnaya terapiya. M.: Izdatel'skij dom Akademii estestvoznaniya, 2015. 178 p. <https://elibrary.ru/item.asp?id=25268177>. (In Russ)]

15. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*. 2018;39:3021–3104. DOI:10.1093/eurheartj/ehy339.

16. 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. Доступно по: <https://clinpharm-journal.ru/files/articles/rossijskij-universalnyj-oprosnik-kolichestvennoj-otsenki-priverzhennosti-k-lecheniyu-kop-25.pdf>. Ссылка активна на 05.01.2020. [Nikolayev NA, Skirdenko YuP. Russian generic questionnaire for evaluation of compliance to drug therapy. *Clin. Pharmacol. Ther.* 2018, 27 (1), 74-78. [cited 05.01.2020]. Available from: <https://clinpharm-journal.ru/files/articles/rossijskij-universalnyj-oprosnik-kolichestvennoj-otsenki-priverzhennosti-k-lecheniyu-kop-25.pdf>. (In Russ)]

17. Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Вклад приверженности терапии антикоагулянтами в риск осложнений фибрилляции предсердий. Российский кардиологический журнал. 2019;24(2):64-69. DOI: 10.15829/1560-4071-2019-2-64-69. [Skirdenko Yu.P., Nikolaev N.A Contribution of anticoagulant therapy adherence to the risk of complications of atrial fibrillation. *Russian Journal of Cardiology*. 2019;24(2):64–69. DOI: 10.15829/1560-4071-2019-2-64-69. (In Russ)]

18. 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. DOI:10.1016/S0895-4356(97)00041-3

19. 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. [cited 05.01.2020]. Available from: https://journals.lww.com/aidsonline/fulltext/1998/17000/the_extent_of_non_adherence_in_a_large_aids.12.aspx.

20. Corrao G, Zambon A, Parodi A, Poluzzi E, Baldi I, Merlino L, Cesana G, Mancia 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. DOI: 10.1097/HJH.0b013e3282f4edd7.

21. Gale NK, Greenfield S, Gill P, Gutridge K, Marshall T. Patient and general practitioner attitudes to taking medication to prevent cardiovascular disease after receiving detailed information on risks and benefits of treatment: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2011;12:59 [cited 05.01.2020]. Available from: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-12-59>.

22. 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. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.111.176859

23. 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. Доступно по: https://rae.ru/pdf/bookspno_volume_3.pdf. Ссылка активна на 05.01.2020. [Andreev KA, Plinder MA, Sidorov GG, Skirdenko YUP., Nikolaev NA. Osnovnyye trendy priverzhennosti k lecheniyu u kardiologicheskikh bol'nyh. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya*. 2018;3:36-36. [cited 05.01.2020]. Available from: https://rae.ru/pdf/bookspno_volume_3.pdf. (In Russ)]

24. Skirdenko Ju.P., Zhrebilov V.V., Nikolaev N.A. Predictors of adherence to treatment in patients with atrial fibrillation. *International Journal of Applied and Fundamental Research*. 2016;5. [cited 05.01.2020]. Available from: www.science-sd.com/467-25081.

25. 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. DOI:10.1161/HYPERTENSIONAHA.110.156976

26. Laurent S, Schlaich M, Esler M. New drugs, procedures, and devices for hypertension. *Lancet*. 2012;380:591–600. DOI:10.1016/S0140-6736(12)60825-3

27. 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. DOI: 10.1136/bmj.39553.670231.25.

28. Burnier M. Managing 'resistance': is adherence a target for treatment? *Curr Opin Nephrol Hypertens*. 2014;23:439–443. DOI: 10.1097/MNH.0000000000000045.

29. 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. Доступно по: <https://www.expeducation.ru/pdf/2016/4-3/9868.pdf>. Ссылка активна на 05.01.2020. [Zhrebilov VV., Skirdenko YUP., Nikolaev NA. Gendernyye osobennosti priverzhennosti k lecheniyu u bol'nyh stabil'noj stenokardiej. *International journal of experimental education*. 2016;4(3):509-510. [cited 05.01.2020]. Available from: <https://www.expeducation.ru/pdf/2016/4-3/9868.pdf>. (In Russ)]

30. Жиленко О.М., Куценгермер В.С., Нейфельд М.С., Скирденко Ю.П. Приверженность к лечению у больных хронической сердечной недостаточностью. *Научное обозрение. Медицинские науки*. 2017; 5: 37-40;



Доступно по: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=1033> Ссылка активна на 05.01.2020. [Zhilenko OM., Kukengemer VS, Neffel'd MS, Skirdenko YUP. Priverzhennost' k lecheniyu u bol'nyh hronicheskoy serdechnoy nedostatochnost'yu. *Nauchnoe obozrenie. Medicinskie nauki.* 2017; 5: 37-40. [cited 07.06.2019]. Available from: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=1033>. (In Russ)]

31. 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. DOI:10.20996/1819-6446-2016-12-1-63-65. [Lukina YuV., Martsevich SYu., Kutishenko NP. The Moriscos-Green scale: the pros and cons of universal test, correction of mistakes. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology.* 2016;12(1):63-65. DOI:10.20996/1819-6446-2016-12-1-63-65. (In Russ)]

32. 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. Доступно по: <https://elibrary.ru/item.asp?id=26375081> Ссылка активна на 05.01.2020. [Nikolayev NA, Skirdenko YP, Zherebilov VV. Quantitative assessment of adherence to treatment in clinical medicine: protocol, procedure, interpretation. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika.* 2016;(1):50-59. [cited 05.01.2020]. Available from: <https://elibrary.ru/item.asp?id=26375081>. (In Russ)]

33. 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. Доступно по: <https://cyberleninka.ru/article/n/priverzhennost-lecheniyu-bolnyh-s-hronicheskoy-serdechnoy-nedostatochnostyu-v-usloviyah-komorbidnosti>. Ссылка активна на 05.01.2020. [Efremova EV, Menzorov MV, Sabitov IA. [Treatment compliance in patients with chronic heart failure and comorbidities. *Klin. med.* 2015; 93 (9): 20–24. [cited 05.01.2020]. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/priverzhennost-lecheniyu-bolnyh-s-hronicheskoy-serdechnoy-nedostatochnostyu-v-usloviyah-komorbidnosti>. (In Russ)]

34. Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation.* 2009;119(23):3028–35. DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.108.768986

35. Hwang SL, Liao WC, Huang TY. Predictors of quality of life in patients with heart failure. *Jpn. J. Nurs Sci.* 2014;11(4):290-98.

36. Levine DA, Morgenstern LB, Langa KM, Piette JD, et al. Recent trends in cost-related medication nonadherence among stroke survivors in the United States. *Ann. Neurol.* 2013;73(2):180–8. DOI:10.1002/ana.23823

37. Фофанова Т.В., Агеев Ф.Т., Смирнова М.Д., Свирида О.Н., Кузьмина А.Е., Тхостов А.Ш., Нелюбина А.С. Отечественный опросник приверженности терапии: апробация и применение в амбулаторной практике. Системные гипертензии. 2014;02:13-16. https://con-med.ru/magazines/hypertension/hypertension-02-2014/otechestvennyy_oprosnik_priverzhennosti_terapii_aprobatsiya_i_primenenie_v_ambulatornoy_praktike/. [Fofanova T.V., Ageev F.T., Smirnova M.D., Svirida O.N., Kuzmina A.E., Thostov A.Sh., Nelyubina A.S.. National questionnaire of treatment compliance: testing and application in outpatient practice. *System Hypertension.* 2014; 02: 13-16. https://con-med.ru/magazines/hypertension/hypertension-02-2014/otechestvennyy_oprosnik_priverzhennosti_terapii_aprobatsiya_i_primenenie_v_ambulatornoy_praktike/ (In Russ)]

38. Арабидзе Г.Г., Белоусов Ю.Б., Карпов Ю.А. Артериальная гипертензия. Справочное руководство по диагностике и лечению. М.: Ремедиум; 1999. 225 с. [Arabidze G.G., Belousov YU.B., Karpov YU.A. Arterial'naya gipertoniya. *Spravochnoe rukovodstvo po diagnostike i lecheniyu.* М.: Remedium; 1999. 225 p.]

39. 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. [ZHuravskaya N. YU. Izuchenie priverzhennosti lekarstvennoj terapii bol'nyh serdechno-sosudistymi zabollevaniyami, perenesshih mozgovoju insult, dissertatsiya na soiskanie uchenoj stepeni kand. med. nauk. Gosudarstvennyj nauchno – issledovatel'skij centr profilakticheskoy meditsiny. М.; 2015.]

40. Aliotta SL, 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. DOI:10.1007/BF02850154

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. DOI:10.1093/eurheartj/eh295

42. Driving Therapy Adherence for Improved Health Outcomes. A Manifesto for the European Elections 2019. [cited 05.01.2020]. Available from: http://www.seniorinternationalhealthassociation.org/wp-content/uploads/2015/05/SIHA_Manifesto_Booklet_Online-version_without-sign_spread.pdf.

43. World Health Organization. Secondary prevention of non-communicable disease in low and middle-income countries through community-based and health service interventions. 2002 [cited 05.01.2020]. Available from: www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf.



44. McDonnell P.J., Jacobs M. R. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *Ann. Pharmacother.* 2002;36(9):1331–6. DOI:10.1345/aph.1A333
45. Misdrahi D., Llorca PM., Lançon C., Bayle FJ. Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and research implications. *Encephale.* 2001;28(3):266–72. [cited 05.01.2020]. Available from: <https://europepmc.org/article/med/12091789>
46. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication. *N. Engl. J. Med.* 2005;353(5):487–97. DOI: 10.1056/nejm200511033531819
47. 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. [cited 05.01.2020]. Available from: <https://europepmc.org/article/med/10187590>
48. 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. DOI:10.1016/S0002-9343(03)00132-3
49. 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. DOI:10.1093/ajhp/58.12.1126
50. Stevens VJ, Obarzanek E, Cook NR, Lee IM, Appel LJ, Smith West D, Mills 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. [cited 05.01.2020]. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.868.1085&rep=rep1&type=pdf>
51. 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. DOI:10.1001/jama.279.11.839
52. 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. DOI:10.20996/1819-6446-2011-7-5-57-61. [Puchin'yan N.F. ., Dovgalevskiy Ya.P, Dolotovskaya P.V., Furman N.V. The adherence to recommended therapy in patients after acute coronary syndrome, and risk of cardiovascular complications within a year after hospital admission. *Rational Pharmacother. Card.* 2011;7(5):567-573 DOI:10.20996/1819-6446-2011-7-5-57-61. (In Russ)]
53. Claxton AJ, Cramer J, Pierce CA systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin. Ther.* 2001;23(8):1296–310. DOI:10.1016/S0149-2918(01)80109-0
54. 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. [cited 05.01.2020]. Available from: https://journals.lww.com/jhypertension/Abstract/1999/17070/Compliance_with_aspirin_or_placebo_in_the.22.aspx
55. 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. DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.108.830299
56. 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. DOI:10.1016/j.amjmed.2011.12.013
57. Benson J., Britten N. Patients' views about taking antihypertensive drugs: questionnaire study. *BMJ.* 2003;326(7402):1314–5. DOI: 10.1136/bmj.326.7402.1314
58. 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. DOI:10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.09631
59. 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. DOI: 10.1097/HJH.0b013e32835e2286
60. 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. DOI:10.1136/heartjnl-2013-305063
61. Хохлов А.А., Лисенкова Л. А., Раков А. А. Анализ факторов, определяющих приверженность к антигипертензивной терапии. *Качественная Клиническая Практика.* 2003;4:59–66. Доступно по: Ссылка активна на 05.01.2020. [Hohlov A.L., Lisenkova L. A., Rakov A. A. Analiz faktorov, opredelyayushchih priverzhennost' k antigipertenzivnoj terapii. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika.* 2003;(4):59-66 [cited 05.01.2020]. Available from: <https://www.clinvest.ru/jour/article/view/301>. (In Russ)]



62. 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. DOI: 10.1136/bmj.37967.374063.EE
63. Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU), "Targeting Adherence", May 2008. [cited 05.01.2020]. Available from: <https://www.pgeu.eu/en/policy/5-adherence.html>.
64. Фесенко Э.В., Коновалов Я.С., Аксенов Д.В., Перелыгин 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. Доступно по: https://elibrary.ru/download/elibrary_17439814_84905831.pdf. Ссылка активна на 05.01.2020. [Fesenko EV., Konovalov YAS., Aksenov DV., Perelygin KV. Sovremennye problemy obespecheniya priverzhennosti pacientov pozhilogo vozrasta s serdechno-sosudistoj patologiej k farmakoterapii. *Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya Medicina. Farmaciya*. 2011;22(16/1):95–99. [cited 05.01.2020]. Available from: https://elibrary.ru/download/elibrary_17439814_84905831.pdf. (In Russ)]
65. 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. DOI:10.18553/jmcp.2012.18.7.527
66. Schedlbauer A., Davies P., Fahey T. Interventions to improve adherence to lipid lowering medication. *Cochrane database Syst. Rev*. 2010;3:CD004371. DOI:10.1002/14651858.CD004371.pub2
67. Алексеева Т.С. Факторы, влияющие на приверженность к модификации образа жизни в организованной популяции. *Системные гипертензии*. 2013;10 (2):19-22. Доступно по: https://con-med.ru/magazines/hypertension/hypertension-02-2013/factory_vliyayushchie_na_priverzhennost_k_modifikatsii_obraza_zhizni_v_organizovannoy_populyatsii/. Ссылка активна на 05.01.2020. [Alekseyeva T.S., Ogarkov M.Yu., Skripchenko A.E., Yankin M.Yu. Factors influencing compliance with lifestyle modification in an organized population. *Systemic Hypertension*. 2013;10 (2):19-22. [cited 05.01.2020]. Available from: https://con-med.ru/magazines/hypertension/hypertension-02-2013/factory_vliyayushchie_na_priverzhennost_k_modifikatsii_obraza_zhizni_v_organizovannoy_populyatsii/. (In Russ)]
68. 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. DOI: 10.18565/therapy.2018.5.11-32. [Nikolaev NA., Martynov AI., Drapkina OM., Livzan MA., et al. The First Russian consensus on the quantitative assessment of the adherence to treatment. *Therapy*. 2018;5:11-32. DOI: 10.18565/therapy.2018.5.11-32. (In Russ)]
69. 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. DOI: 10.20996/1819-6446-2017-13-5-609-614. [Nikolaev N. A., Skirdenko Y.P., Bunova S.S., Ershov A.V. Rational Pharmacotherapy in Cardiology: from Routine Control to Effective Management. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2017;13(5):609-614. DOI: 10.20996/1819-6446-2017-13-5-609-614. (In Russ)]
70. Погосова Г.В. Улучшение приверженности к лечению артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца – ключевое снижение сердечнососудистой смертности. *Кардиология*. 2007;3:79–84. Доступно по: https://www.researchgate.net/profile/Nana-Goar-Pogosova/publication/6335831_Compliance_to_treatment_of_arterial_hypertension_and_ischemic_heart_disease_-_Key_condition_of_lowering_of_cardiovascular_mortality/links/5770d3d008ae6219474882ca/Compliance-to-treatment-of-arterial-hypertension-and-ischemic-heart-disease-Key-condition-of-lowering-of-cardiovascular-mortality.pdf Ссылка активна на 05.01.2020. [Pogosova G.V. Compliance to treatment of arterial hypertension and ischemic heart disease – Key condition of lowering of cardiovascular mortality. *Kardiologiya*. 2007;3:79–84. [cited 05.01.2020]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Nana-Goar-Pogosova/publication/6335831_Compliance_to_treatment_of_arterial_hypertension_and_ischemic_heart_disease_-_Key_condition_of_lowering_of_cardiovascular_mortality/links/5770d3d008ae6219474882ca/Compliance-to-treatment-of-arterial-hypertension-and-ischemic-heart-disease-Key-condition-of-lowering-of-cardiovascular-mortality.pdf. (In Russ)]
71. 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. [cited 05.01.2020]. Available from: <https://europepmc.org/article/med/12699136>
72. Строкова Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Влияние внутренней картины болезни, копинг-стратегий и самоотношения пациенток, перенесших инфаркт миокарда, на регулярность и приверженность к длительной терапии ишемической болезни сердца. *Современные исследования социальных проблем*. 2012;1:1169–1190. Доступно по: <file:///C:/Users/Usere/Downloads/vliyanie-vnutrenney-kartin-bolezni-koping-strategy-i-samootnosheniya-patsientok-perenessih-infarkt-miokarda-na-regulyarnost-i-priverjennost-k-dlitelnoy-terapii>



ishemicheskoy-bolezni-serdtsa.pdf. Ссылка активна на 05.01.2020. [Strokovaya E.V., Naumova E.A., Schwartz Yu.G. [Influence of an internal picture of illness, coping-strategies and the self-relation of the patients after myocardial infarction on adherence to long treatment of coronary artery disease and its regularity. *Modern Studies of Social Issues*. 2012;1:1169–1190. [cited 05.01.2020]. Available from: file:///C:/Users/Usere/Downloads/vliyanie-vnutrenney-kartin-bolezni-koping-strategy-i-samootnosheniya-patsientok-perenesshih-infarkt-miokarda-na-regulyarnost-i-priverjennost-k-dlitel'noy-terapii-ishemicheskoy-bolezni-serdtsa.pdf. (In Russ)]

73. Строчкова 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. Доступно по: <https://science-education.ru/pdf/2011/6/69.pdf>. Ссылка активна на 05.01.2020. [Strokovaya E.V., Naumova E.A., Shvarts Y.G. Dynamics of affective disorders during long-term atorvastatin taking, patients relation to illness and adherence to statin therapy of patients with high risk of manifestation of coronary artery disease. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* 2011;6:18. [cited 05.01.2020]. Available from: <https://science-education.ru/pdf/2011/6/69.pdf>. (In Russ)]

74. Тарасенко Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Приверженность к длительному лечению и факторы на нее влияющие. *Фундаментальные исследования*. 2007;9:57–58. Доступно по: https://elibrary.ru/download/elibrary_12956141_66110970.pdf. Ссылка активна на 05.01.2020. [Tarasenko EV, Naumova EA, SHvarc YUG. Priverzhennost' k dlitel'nomu lecheniyu i faktory na nee vliyayushchie. *Fundamental'nye issledovaniya*. 2007;9:57–58. [cited 05.01.2020]. Available from: https://elibrary.ru/download/elibrary_12956141_66110970.pdf. (In Russ)]

75. 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. [cited 05.01.2020]. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11906-015-0606-5>.

76. Parati G, Ombroni S. Role of home blood pressure telemonitoring in hypertension management: an update. *Blood Press Monit*. 2010;15:285–295. DOI:10.1097/MBP.0b013e328340c5e4

77. Fletcher BR, Hartmann-Boyce J, Hinton L, McManus RJ. The effect of selfmonitoring of blood pressure on medication adherence and lifestyle factors: a systematic review and meta-analysis. *Am J Hypertens*. 2015;28:1209–1221. DOI:doi.org/10.1093/ajh/hpv008

78. 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. DOI:10.1111/j.1742-1241.2010.02616.x.

79. 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. DOI:10.1111/j.1742-1241.2010.02569.x

80. 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. DOI:10.14300/mnnc.2019.14072. [Nikolaev NA, Martynov AI, Wojcov SA, Drapkina OM, Sychev DA, Livzan MA., Skirdenko YuP. The first Russian consensus on quantitative assessment of treatment outcome. *Medical news of North Caucasus*. 2018;1.2(13):259-271. DOI:10.14300/mnnc.2019.14072. (In Russ)]

81. Марцевич С.Ю., Кутищенко 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; приложение 5:72. DOI:10.20996/1819-6446-2011-7-5. [Marceovich S.YU., Kutishenko N.P., Tolpygina S.N., Lukina YU.V., i dr. Effektivnost' i bezopasnost' lekarstvennoj terapii pri pervichnoj i vtorichnoj profilaktike serdechno-sosudistykh zabolevanij. Rekomendacii VNOK, 2011. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2011;7(5):2-72. DOI:10.20996/1819-6446-2011-7-5. (In Russ)]

82. 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. DOI:10.20996/1819-6446-2016-12-5-494-502 [Skirdenko Y.P., Shustov A.V., Zherebilov V.V., Nikolayev N.A. Treatment Adherence as a New Choice Factor for Optimization of Oral Anticoagulation Therapy in Patients with Atrial Fibrillation and Hemostatic Gene Polymorphisms. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2016;12(5):494-502. DOI:10.20996/1819-6446-2016-12-5-494-502. (In Russ)]