

РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ /  
ЕВРАЗИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ТЕРАПЕВТОВ /  
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ /  
АССОЦИАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ /  
НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ РОССИИ /  
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ  
ИМЕНИ АКАДЕМИКА В. И. ПОКРОВСКОГО / РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПСИХИАТРОВ /  
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ФТИЗИАТРОВ / GERONTOLOGICHESKOYE OBSHCHESTVO  
PRI ROSSIYSKOY AKADEMII NAUK / НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ  
СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ТРОМБОЗАМ, КЛИНИЧЕСКОЙ ГЕМОСТАЗИОЛОГИИ  
И ГЕМОРЕОЛОГИИ / ОБЩЕСТВО ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ НЕВРОЛОГИИ /  
ОБЩЕСТВО ОНКОГЕМАТОЛОГОВ /  
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО ЭНДОУРОЛОГИИ И НОВЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ /  
РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ КАРДИОЛОГОВ /  
СЕКЦИЯ РНМОТ «ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ»



# ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ

РОССИЙСКОЕ НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО

КРАТКИЙ ОБЗОР

---

ГБУЗ НИИ СП им. Н. В. Склифосовского / НИИ педиатрии ЦКБ РАН / ФБУН Центральный  
НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора / ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова  
Минздрава России / ФГАОУ ВО НИУ БелГУ / ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова  
Минздрава России / ФГАОУ ВО РУДН / ФГБНУ Научный центр неврологии / ФГБНУ НИИ  
КНССЗ / ФГБНУ Томский НИМЦ РАН / ФГБНУ ФНКЦ РР / ФГБНУ НЦПЗРЧ / ФГБНУ  
РНЦХ им. Б. В. Петровского / ФГБОУ ВО ВГМУ Минздрава России / ФГБОУ ВО КГМУ  
Минздрава России / ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России / ФГБОУ  
ВО МГУ им. М. В. Ломоносова / ФГБОУ ВО МГУПП / ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России  
/ ФГБОУ ВО НИМГУ им. Н. П. Огарева / ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России / ФГБОУ  
ВО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова Минздрава России / ФГБОУ ВО «РАНХиГС при  
Президенте Российской Федерации» / ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России / ФГБОУ ВО  
РязГМУ Минздрава России / ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава  
России / ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России / ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова /  
ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России / ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России / ФГБОУ  
ВО Тверской ГМУ Минздрава России / ФГБОУ ВО УГУ / ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава  
России / ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России / ФГБУ «ФНИЦЭМ им. Н. Ф. Гамалеи»  
Минздрава России / ФГБУ НМХЦ им. Н. И. Пирогова Минздрава России / ФГБУ «НМИЦ  
им. В. А. Алмазова» Минздрава России / ФГБУ «НМИЦ кардиологии им. Е. И. Чазова»  
Минздрава России / ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России / ФГБУ  
«НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России / ФГБУ НМИЦ ПН им.  
В. М. Бехтерева Минздрава России / ФГБУ НМИЦ АГП им. В. И. Кулакова, ФГБУ «НМИЦ  
ТНМ» Минздрава России / ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России / ФГБУ «НМИЦ ДГОИ  
им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России / ФГБУ «ГВКГ им. Н. Н. Бурденко» Минобороны  
России / ФГБУ «ЦЭКМП» Минздрава России



**Н. А. НИКОЛАЕВ,**  
д. м. н., доцент (niknik.67@mail.ru; med@omsk-osma.ru),  
руководитель Рабочей группы,  
руководитель секции  
РНМОТ «Приверженность  
лечению»



**А. И. МАРТЫНОВ,**  
д. м. н., профессор, академик  
РАН, президент РНМОТ,  
председатель Комитета  
экспертов

Перед вами – издание первого междисциплинарного российского национального руководства по количественной оценке приверженности лечению и основам управления лечением с учетом приверженности, подготовленное специально для практических врачей.

Большинство накопленных знаний о приверженности было представлено Всемирной организацией здравоохранения в фундаментальном труде «Adherence to long-term therapies: evidence for action» в 2003 г. С тех пор столь масштабных международных исследований и публикаций не было, в то время как общество и мировая наука за прошедшие 20 лет шагнули далеко вперед.

Сегодня мы понимаем, что прогнозы в отношении результатов и исходов лечения не могут быть эффективными, если определение уровня приверженности не используется для обоснования планирования и оценки таких вмешательств.

Оценка приверженности позволяет избежать большого числа дорогостоящих обследований и процедур (включая интервенционное лечение), а также назначения ненужных

---

---

лекарственных препаратов, что особенно важно в условиях существующей лимитированности ресурсов. При этом исследователи приверженности еще весьма ограничены в выборе инструментария и методологического сопровождения: до настоящего времени отсутствуют рекомендации, консенсусы и руководства наднационального уровня.

В изучении приверженности необходим междисциплинарный подход. Для разработки эффективных мер лечения на основе индивидуально оцениваемой и контролируемой приверженности не обойтись без создания междисциплинарных групп с тесным сотрудничеством между различными специалистами. Только такими группами может быть обеспечен эффективный вклад как в создание междисциплинарных и специальных рекомендаций, так и в разработку алгоритмов и систем поддержки принятия решений. Попыткой решить эти проблемы в России является создание настоящего руководства.

В 2019 г. на XIV Национальном конгрессе терапевтов были утверждены первые Российские рекомендации по приверженности лечению. В 2020 г. на их основе разработан и опубликован междисциплинарный согласительный документ «Управление лечением на основе приверженности», в работе над которым объединились более 30 специалистов и 7 российских научных обществ.

Сегодня в рабочую группу Руководства входят более 100 специалистов, деятельность которых поддержана 14 национальными медицинскими и научными ассоциациями России.

При этом мы понимаем, что в столь обширной и малоизученной теме, как приверженность лечению, как нигде необходимы мультидисциплинарность и тесное сотрудничество. Поэтому рабочая группа постоянно открыта для включения новых экспертов и профессиональных объединений. Мы будем благодарны коллегам за все замечания, дополнения и предложения. И надеемся, что это издание позволит поднять на более высокий уровень проблемы изучения приверженности и использовать полученные сведения в клинической практике.

---

---

## **РЕЦЕНЗЕНТЫ:**

**В. В. БЕРЕГОВЫХ**, д. м. н., профессор, академик РАН, начальник отдела – зам. академика-секретаря по научно-организационной работе Отделения медицинских наук РАН

**И. В. МАЕВ**, д. м. н., профессор, академик РАН, проректор по учебной работе, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России

---

## **РАБОЧАЯ ГРУППА И КОМИТЕТ ЭКСПЕРТОВ – СВЕДЕНИЯ О ЧЛЕНАХ**

**С. Н. АВДЕЕВ**, д. м. н., профессор, академик РАН, директор клиники пульмонологии и респираторной медицины, зав. кафедрой пульмонологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), руководитель клинического отдела ФГБУ «Научно-исследовательский институт пульмонологии» ФМБА России, главный внештатный пульмонолог Минздрава России

**Ю. А. АГАФОНОВА**, специалист отдела способов оплаты медицинской помощи Управления экономики и финансирования здравоохранения ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России, аспирант кафедры онкологии факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России

**Ф. Т. АГЕЕВ**, д. м. н., профессор, руководитель отдела амбулаторных лечебно-диагностических технологий НИИ клинической кардиологии им. А. Л. Мясникова ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е. И. Чазова» Минздрава России

**К. А. АНДРЕЕВ**, ассистент кафедры госпитальной терапии, эндокринологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, ответственный секретарь СНЖ «Научный вестник ОмГМУ»

**В. Н. АНИСИМОВ**, д. м. н., профессор, член-корреспондент РАН, руководитель научного отдела канцерогенеза и онкогеронтологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России, президент Геронтологического общества при Российской академии наук (ГОРАН)

**Г. П. АРУТЮНОВ**, д. м. н., профессор, член-корреспондент РАН, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, вице-президент

---

---

Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ), вице-президент Российского кардиологического общества (РКО), президент Евразийской ассоциации терапевтов

**В. А. АХМЕДОВ**, д. м. н., профессор, зав. кафедрой медицинской реабилитации ДПО ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**Л. А. АШРАФЯН**, д. м. н., профессор, академик РАН, директор Института онкогинекологии и маммологии, зам. директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В. И. Кулакова» Минздрава России

**Л. Г. БАБИЧЕВА**, к. м. н., доцент кафедры онкологии и паллиативной медицины им. акад. А. И. Савицкого ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, доцент кафедры общей терапии факультета дополнительного последиplomного образования ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России

**А. М. БАБУНАШВИЛИ**, д. м. н., профессор, председатель Российского научного общества интервенционных кардиологов

**Л. А. БАЛЫКОВА**, д. м. н., профессор, член-корреспондент РАН, директор медицинского института, зав. кафедрой педиатрии ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева»

**О. Л. БАРБАРАШ**, д. м. н., профессор, академик РАН, директор ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»

**И. А. ВАСИЛЬЕВА**, д. м. н., профессор, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Минздрава России, главный редактор журнала «Туберкулез и болезни легких», президент Российского общества фтизиатров (РОФ) / Ассоциации фтизиатров

**И. А. ВИКТОРОВА**, д. м. н., профессор, зав. кафедрой

---

---

внутренних болезней и поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**О. И. ВИНОГРАДОВ**, д. м. н., доцент, зав. кафедрой неврологии с курсом нейрохирургии Института усовершенствования врачей ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, президент Общества доказательной неврологии (ОДН)

**И. А. ВОЛЧЕГОРСКИЙ**, д. м. н., профессор, зав. кафедрой фармакологии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

**А. С. ГАЛЯВИЧ**, д. м. н., профессор, зав. кафедрой кардиологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, вице-президент Российского кардиологического общества (РКО)

**О. В. ГАУС**, к. м. н., доцент, начальник управления по развитию регионального здравоохранения и медицинской деятельности, доцент кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, эксперт группы по разработке и реализации профильных образовательных программ отдела организационно-методического управления и анализа оказания медицинской помощи ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России

**А. Л. ГИНЦБУРГ**, д. м. н., профессор, академик РАН, директор ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. почетного акад. Н. Ф. Гамалеи» Минздрава России, зав. кафедрой инфектологии и вирусологии Института профессионального образования ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

**В. Г. ГОМБЕРГ**, к. м. н., зав. урологическим отделением СПб ГБУЗ «Городской гериатрический центр»

---

---

**А. В. ГОРБЕНКО**, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, врач-специалист БУЗОО «Городская клиническая больница № 11»

**А. В. ГОРЕЛОВ**, д. м. н., профессор, академик РАН, зам. директора по научной работе ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, председатель правления Национальной ассоциации специалистов по инфекционным болезням им. академика В. И. Покровского

**А. Ю. ГОРШКОВ**, к. м. н., зам. директора по научной и амбулаторно-поликлинической работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России

**О. М. ДРАПКИНА**, д. м. н., профессор, академик РАН, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, зав. кафедрой терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, главный редактор журналов «Кардиоваскулярная терапия и профилактика», «Профилактическая медицина», президент Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний (РОПНИЗ), вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ)

**А. В. ЕРШОВ**, д. м. н., 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 им. В. А. Неговского ФГБНУ «Федеральный Научно-исследовательский центр реаниматологии и реабилитации»

**Е. В. ЕФРЕМОВА**, д. м. н., доцент, профессор кафедры терапии и профессиональных болезней ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

**В. С. ЗАДИОНЧЕНКО**, д. м. н., профессор, профессор ка-

---



---

федры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России

**А. А. ЗАЙЦЕВ**, д. м. н., профессор, главный пульмонолог Министерства обороны Российской Федерации, главный пульмонолог ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. академика Н. Н. Бурденко», зав. кафедрой пульмонологии (с курсом аллергологии) Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств», президент Межрегиональной ассоциации специалистов респираторной медицины

**Т. Д. ЗАХАРОВА**, инспектор управления по региональному развитию здравоохранения и медицинской деятельности ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**С. К. ЗЫРЯНОВ**, д. м. н., профессор, зав. кафедрой общей и клинической фармакологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», зам. главного врача по терапии ГБУЗ «Городская клиническая больница №24» ДЗМ, главный редактор журнала «Качественная клиническая практика»

**Д. Г. ИОСЕЛИАНИ**, д. м. н., профессор, академик РАН, зав. кафедрой интервенционной кардиоангиологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), почетный директор Научно-практического центра интервенционной кардиоангиологии, зам. председателя Российского научного общества интервенционных кардиологов

**С. С. КАНЕВСКАЯ**, д. м. н., профессор, профессор кафедры семейной медицины ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», медицинский директор корпорации «Medical On Group»

**Р. С. КАРПОВ**, д. м. н., профессор, академик РАН, научный руководитель Научно-исследовательского института кардиологии, руководитель научного направления ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр

---

---

РАН», профессор кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

**В. В. КАШТАЛАП**, д. м. н., доцент, заведующий отделом клинической кардиологии ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»

**Ж. Д. КОБАЛАВА**, д. м. н., профессор, член-корреспондент РАН, зав. 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 им. М. В. Ломоносова»

**С. В. КОЛБАСНИКОВ**, д. м. н., профессор, зав. кафедрой общей врачебной практики и семейной медицины ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России

**К. О. КОНДРАТЬЕВА**, к. п. н., медицинский психолог, научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России

**А. О. КОНРАДИ**, д. м. н., профессор, академик РАН, зам. генерального директора по научной работе, зав. научно-исследовательского отдела артериальной гипертензии, зав. кафедрой организации управления и экономики здравоохранения Института медицинского образования ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова» Минздрава России, главный редактор журнала «Артериальная гипертензия», вице-президент Российского кардиологического общества

**О. Ю. КОРЕННОВА**, д. м. н., профессор, главный врач БУЗОО «Клинический кардиологический диспансер», профессор кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии, профессор кафедры внутренних болезней и семейной медицины ДПО ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**О. В. КОРПАЧЕВА**, д. м. н., доцент, проректор по научно-

---

---

исследовательской работе, зав. кафедрой патофизиологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**Л. Б. ЛАЗЕБНИК**, д. м. н., профессор, профессор кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России, главный редактор журнала «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология», президент Национального общества гастроэнтерологов России (НОГР), вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ)

**О. И. ЛЕБЕДЕВ**, д. м. н., профессор, зав. кафедрой офтальмологии, декан лечебного факультета ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**М. А. ЛИВЗАН**, д. м. н., профессор, член-корреспондент РАН, ректор, зав. кафедрой факультетской терапии и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**Н. Б. ЛУТОВА**, д. м. н., руководитель Института клинической психиатрии, отделения интегративной фармакопсихотерапии больных с психическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России

**В. И. МАЗУРОВ**, д. м. н., профессор, академик РАН, главный научный консультант, директор НИИ ревматологии, зав. кафедрой терапии, ревматологии, экспертизы временной нетрудоспособности и качества медицинской помощи им. Э. Э. Эйхвальда ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России

**А. Г. МАЛЯВИН**, д. м. н., профессор, профессор кафедры фтизиатрии и пульмонологии, директор клиники ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России, генеральный секретарь РНМОТ

**В. Ю. МАРЕЕВ**, д. м. н., профессор, главный научный

---

---

сотрудник Медицинского научно-образовательного центра, профессор кафедры терапии факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова»

**А. Г. МАРТОВ**, д. м. н., профессор, член-корреспондент РАН, зав. кафедрой урологии и андрологии ФГБУ «ГНЦ «Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна» ФМБА России, ведущий научный сотрудник Медицинского исследовательского центра ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова», зав. отделением урологии ГБУЗ «ГКБ им. Д. Д. Плетнева ДЗМ», президент Российского общества по эндоурологии и новым технологиям (РОЭНТ), зам. председателя Российского общества урологов (РОУ)

**А. И. МАРТЫНОВ**, д. м. н., профессор, академик РАН, профессор кафедры госпитальной терапии №1 ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России, главный редактор журнала «Терапия», президент Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ)

**А. О. МАРЬЯНДЫШЕВ**, д. м. н., профессор, член-корреспондент РАН, зав. кафедрой фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, вице-президент Российского общества фтизиатров (РОФ) / Ассоциации фтизиатров

**Н. Б. МИХАЙЛОВА**, к. м. н., доцент, руководитель отдела клинической онкологии клиники «НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р. М. Горбачевой», доцент кафедры гематологии, трансфузиологии, трансплантологии с курсом детской онкологии факультета последилового образования им. проф. Б. В. Афанасьева ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России

**С. В. МОИСЕЕВ**, д. м. н., профессор, член-корреспондент РАН, зав. кафедрой внутренних, профессиональных болезней и ревматологии, директор Клиники ревматологии, нефрологии и профпатологии им. М. Е. Тареева ФГАОУ ВО

---

---

«Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), профессор кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова», главный редактор журнала «Клиническая фармакология и терапия»

**О. Л. МОРОЗОВА**, д. м. н., доцент, профессор кафедры патофизиологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

**Л. С. НАМАЗОВА-БАРАНОВА**, д. м. н., профессор, академик РАН, руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б. В. Петровского» Министерства науки и высшего образования России, зав. кафедрой факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист по профилактической медицине Минздрава России, президент Союза педиатров России

**Д. А. НАПАЛКОВ**, д. м. н., доцент, профессор кафедры факультетской терапии №1 ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

**А. О. НЕДОШИВИН**, д. м. н., профессор, ученый секретарь ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова» Минздрава России, генеральный секретарь Российского кардиологического общества (РКО)

**Н. Г. НЕЗНАНОВ**, д. м. н., профессор, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России, зав. кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России, главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздрава, президент Российского общества психиатров

**Г. И. НЕЧАЕВА**, д. м. н., профессор, профессор кафедры

---

---

внутренних болезней и семейной медицины ДПО ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**В. С. НИКИФОРОВ**, д. м. н., профессор, декан медико-биологического факультета, профессор кафедры функциональной диагностики ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России

**Н. А. НИКОЛАЕВ**, д. м. н., доцент, профессор кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии, руководитель Проектного офиса ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, председатель секции «Приверженность лечению» Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ)

**В. В. ОМЕЛЬЯНОВСКИЙ**, д. м. н., профессор, генеральный директор ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России, директор Центра по оценке технологий в здравоохранении ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», директор Центра финансов здравоохранения ФГБУ «Научно-исследовательский финансовый институт Министерства финансов Российской Федерации», председатель правления АНО «Национальный центр по оценке технологий в здравоохранении»

**М. К. ОРДЖОНИКИДЗЕ**, зам. руководителя по национальным проектам в области микробиологии ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. почетного акад. Н. Ф. Гамалеи» Минздрава России

**Е. Б. ПАВЛИНОВА**, д. м. н., профессор, зав. кафедрой госпитальной педиатрии с курсом ДПО, проректор по учебной работе ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**А. В. ПАШКОВ**, д. м. н., зав. отделом оториноларингологии и сурдологии НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б. В. Петровского» Министерства науки и высшего

---

---

образования России

**В. И. ПЕТРОВ**, д. м. н., профессор, академик РАН, президент, зав. кафедрой клинической фармакологии и интенсивной терапии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист, клинический фармаколог Минздрава России

**А. В. ПИСКЛАКОВ**, д. м. н., профессор, зав. кафедрой детской хирургии, репродуктивной медицины детского возраста ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**И. В. ПОДДУБНАЯ**, д. м. н., профессор, академик РАН, проректор по лечебной работе и международному сотрудничеству, зав. кафедрой онкологии и паллиативной медицины им. акад. А. И. Савицкого ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, главный редактор журнала «Современная онкология», председатель Российского общества онкогематологов (РОО)

**Ю. С. ПОЛУШИН**, д. м. н., профессор, академик РАН, проректор по научной работе, руководитель Научно-клинического центра анестезиологии и реаниматологии, зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России, президент Ассоциации анестезиологов-реаниматологов (ААР)

**С. В. ПОПОВ**, д. м. н., профессор, академик РАН, директор Научно-исследовательского института кардиологии ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН»

**А. П. РЕБРОВ**, д. м. н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздрава России

**Г. Е. РОЙТБЕРГ**, д. м. н., профессор, академик РАН, зав. кафедрой терапии, общей врачебной практики и ядерной медицины ФГАОУ ВО «Российский национальный иссле-

---

---

довательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, президент АО «Медицина»

**Е. В. РОЙТМАН**, д. б. н., профессор, профессор кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, зав. лабораторией физиологии и патологии гемостаза ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, президент Национальной ассоциации специалистов по тромбозам, клинической гемостазиологии и гемореологии

**С. А. РУМЯНЦЕВ**, д. м. н., профессор, член-корреспондент РАН, зав. кафедрой онкологии, гематологии и лучевой терапии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России

**Л. В. РЫЧКОВА**, д. м. н., профессор, член-корреспондент РАН, директор ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья и репродукции человека» Минздрава России

**И. В. САВЕЛЬЕВА**, д. м. н., доцент, зав. кафедрой акушерства и гинекологии №1 ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**Р. И. САЙФУТДИНОВ**, д. м. н., профессор, зав. кафедрой факультетской терапии и эндокринологии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России

**Л. Р. СЕЛИМЗЯНОВА**, к. м. н., ведущий научный сотрудник отдела стандартизации и изучения основ доказательной медицины, врач-пульмонолог НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б. В. Петровского» Министерства науки и высшего образования России

**Т. Ю. СЕМИГЛАЗОВА**, д. м. н., доцент, зав. научным отделом инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации, врач-онколог клинико-диагностического отделения, профессор отделения аспирантуры и ординатуры ФГБУ «Национальный медицинский исследо-

---



---

вательский центр онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России, профессор кафедры онкологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России

**В. И. СКВОРЦОВА**, д. м. н., профессор, член-корреспондент РАН, руководитель Федерального медико-биологического агентства (ФМБА), главный редактор журнала «Медицина экстремальных ситуаций», главный редактор российского издания международного журнала «Stroke» («Инсульт»), зам. главного редактора «Журнала неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова», почетный президент Национальной ассоциации по борьбе с инсультом (НАБИ), заслуженный деятель науки РФ

**Ю. П. СКИРДЕНКО**, к. м. н., доцент кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии, помощник проректора ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, эксперт группы по разработке и реализации профильных образовательных программ отдела организационно-методического управления и анализа оказания медицинской помощи ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России

**Н. В. СОВЕТКИНА**, к. м. н., ассистент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, зам. главного врача по медицинской части СПб ГБУЗ «Городской гериатрический центр»

**М. Ю. СОРОКИН**, к. м. н., ученый секретарь, научный сотрудник отделения интегративной фармакопсихотерапии больных с психическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России

**А. Г. СОФРОНОВ**, д. м. н., профессор, член-корреспондент РАН, главный врач СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И. И. Скворцова-Степанова», зав. кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»

---

---

Минздрава России

**А. А. СТРЕМОУХОВ**, д. м. н., профессор, директор Института методологии профессионального развития, зав. кафедрой общей врачебной практики и поликлинической терапии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

**А. Н. СУРКОВ**, д. м. н., зав. отделением гастроэнтерологии для детей, зав. отделом научных основ детской гастроэнтерологии, гепатологии и метаболических нарушений НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б. В. Петровского» Министерства науки и высшего образования России, профессор кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России

**М. М. ТАНАШЯН**, д. м. н., профессор, член-корреспондент РАН, зам. директора по научной работе, руководитель 1-го неврологического отделения ФГБНУ «Научный центр неврологии», руководитель курса неврологии кафедры многофункциональной клинической подготовки факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова»

**Х. П. ТАХЧИДИ**, д. м. н., профессор, академик РАН, проректор по лечебной работе, директор Научно-исследовательского центра офтальмологии ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России

**В. П. ТЕРЕНТЬЕВ**, д. м. н., профессор, зав. кафедрой внутренних болезней №1 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

**О. Н. ТКАЧЕВА**, д. м. н., профессор, член-корреспондент РАН, директор Российского геронтологического научно-клинического центра, зав. кафедрой болезней старения ФДПО ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный гериатр Мин-

---

---

здрава России, президент Общероссийской общественной организации «Российская ассоциация геронтологов и гериатров», главный редактор журнала «Российский журнал гериатрической медицины»

**Е. А. ТОКАРСКАЯ**, к. м. н., старший научный сотрудник ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. почетного акад. Н. Ф. Гамалеи» Минздрава России

**Г. Ф. ТОТЧИЕВ**, д. м. н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и педиатрии ЧУОО ВО «Московский медицинский университет «Реавиз»

**Р. В. ТУЛУПОВ**, врач-терапевт участковый БУЗОО «Городская клиническая больница №1 им. Кабанова А. Н.»

**Г. С. ТУМЯН**, д. м. н., профессор, профессор кафедры онкологии и паллиативной медицины им. акад. А. И. Савицкого ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, зав. отделением химиотерапии гемобластозов ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. Н. Н. Блохина» Минздрава России

**В. П. ТЮРИН**, д. м. н., профессор, зав. кафедрой внутренних болезней Института усовершенствования врачей ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н. И. Пирогова» Минздрава России

**Г. М. УСОВ**, д. м. н., доцент, зав. кафедрой психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**Н. В. УСТИНОВА**, д. м. н., руководитель отдела социальной педиатрии и организации мультидисциплинарного сопровождения детей НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б. В. Петровского» Миннауки России, главный научный сотрудник ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ»

**В. В. ФАДЕЕВ**, д. м. н., профессор, член-корреспондент РАН, зав. кафедрой эндокринологии, директор эндокринологической клиники ФГАОУ ВО «Первый Московский го-

---

---

сударственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

**М. М. ФЕДОРИН**, ассистент кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

**В. К. ФЕДЯЕВА**, начальник отдела методологии разработки и экспертной оценки клинических рекомендаций ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России

**Т. В. ФОФАНОВА**, д. м. н., старший научный сотрудник отдела амбулаторных лечебно-диагностических технологий НИИ клинической кардиологии им. А. Л. Мясникова ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е. И. Чазова» Минздрава России

**М. Ш. ХУБУТИЯ**, д. м. н., профессор, академик РАН, президент ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗМ», главный внештатный специалист-трансплантолог Департамента здравоохранения г. Москвы

**Р. Н. ШЕПЕЛЬ**, к. м. н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, ассистент кафедры терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России

**А. В. ЯГОДА**, д. м. н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

**С. С. ЯКУШИН**, д. м. н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России

---

---

## **ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ: КОНСОЛИДИРОВАННЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Под приверженностью лечению принято понимать степень соответствия поведения пациента согласованным рекомендациям, полученным от поставщика медицинских услуг, в отношении приема препаратов, соблюдения диеты, осуществления других мер изменения образа жизни, а также медицинского сопровождения [1–4]. Приверженность лечению наиболее значима при долгосрочной терапии хронических заболеваний. К хроническому заболеванию следует отнести болезнь, которая обладает хотя бы одной из перечисленных характеристик: неопределенно продолжительное во времени либо постоянное (пожизненное) течение; проявления остаточной, периодически проявляющейся или постоянной нетрудоспособности, обусловленной необратимыми патологическими изменениями; необходимость специальной подготовки пациента к реабилитации и регулярное либо постоянное использование средств реабилитации; имеющаяся или прогнозируемая необходимость периодического либо постоянного медицинского наблюдения, сопровождения либо ухода [3–7].

2. Прогнозы в отношении результатов и исходов лечения не могут быть признаны эффективными, если уровень приверженности не используется для обоснования планирования и оценки проектов. Результаты эффективности работы системы здравоохранения не могут быть точно оценены, если они измеряются только показателями использования ресурсов и эффективности вмешательств; прогнозируемые на основании таких данных результаты обеспечения здоровья населения не могут быть достигнуты, если для обоснования планирования и оценки результатов не используются показатели приверженности [4, 8]. Оценка приверженности позволяет избежать большого числа дорогостоящих обследований и процедур (включая интервенционное лечение), а также назначения ненужных пациенту лекарственных препаратов [5, 9]. Без системы, учитывающей индивидуальные особенности приверженности, достижения в области биомедицин-

---

---

ских технологий не способны реализовать свой потенциал по снижению бремени хронических заболеваний [4, 6].

3. Изменение приверженности – непрерывный и динамичный процесс. Любая популяция пациентов может быть сегментирована в соответствии с уровнем готовности к выполнению рекомендаций [7, 10–13].

4. Исследований приверженности, включая ее количественное измерение и изучение фундаментальных свойств, до сих пор выполняется недостаточно. Для изучения приверженности используются разные, часто несопоставимые способы, инструменты и шкалы, обладающие различной чувствительностью, специфичностью и валидностью. Исследователи приверженности ограничены в выборе инструментария и методологического сопровождения. До настоящего времени у исследователей приверженности отсутствуют рекомендации, консенсусы и руководства наднационального уровня. При этом накапливается все больше доказательств, свидетельствующих, что приверженность является одним из ведущих факторов успеха лечения [1, 4–6, 13–19].

5. Свидетельств о том, что устойчивое повышение приверженности к лекарственной терапии может быть достигнуто с помощью современных ресурсов, получено мало. Это связано, помимо прочего, с небольшой продолжительностью большинства исследований, их гетерогенностью и небезупречным дизайном. Смогут ли доступные технологии управления приверженностью значимо и долгосрочно улучшать результаты терапии, должно быть показано в адекватно спланированных по дизайну исследованиях – классических РКИ и масштабных ЦИ [1, 3, 5, 6, 20]. При этом исключительно важная задача – оценка влияния терапевтических стратегий на приверженность и терапевтическую инертность в ЦИ, в условиях реальной клинической практики. Результаты таких исследований относительно влияния терапии (в том числе комбинированной) на приверженность, контроль параметров и исходы в условиях обычного быта необходимы, поскольку в классических РКИ с учетом специальной мотивации клинического персонала и пациентов и тщательного контроля проводимого лечения сделать это крайне

---

---

сложно [1, 3, 18, 19, 21].

6. Управление лечением на основании индивидуального уровня приверженности либо управление приверженностью может иметь большее влияние на здоровье населения, чем улучшение специфического медицинского лечения [4, 5, 10, 22, 23].

7. Недостаточная приверженность лечению является глобальной проблемой мирового масштаба. Плохая приверженность долгосрочным методам лечения существенно снижает его эффективность, что делает эту проблему критически важной для здоровья населения с позиций как качества жизни, так и экономики здравоохранения [2, 4]. Приверженность лечению больных, страдающих хроническими заболеваниями, выступает одним из важнейших факторов, обеспечивающих качество терапии и непосредственно влияющих на прогноз [24, 25].

8. Все больше данных свидетельствует о том, что низкая приверженность к лечению, наряду с врачебной инертностью (отсутствием изменений в лекарственной терапии при недостижении контролируемого результата), служит ведущей причиной неадекватного лечения [26–28].

9. Абсолютная приверженность лечению, т. е. стабильная приверженность 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, 29].

10. Общая приверженность лечению и ее отдельные составляющие могут быть прогнозируемы с достаточной степенью точности на основе постоянно расширяющегося перечня предикторов и средств оценки и измерения приверженности [5–7, 10, 11, 22, 30]. Учитывая медицинское и экономическое бремя низкой приверженности лечению, крайне важно иметь универсальные, надежные и доступные для практического применения инструменты ее оценки [1, 5, 6, 31].

11. Точная оценка уровня приверженности представляет собой сложную задачу. Все известные методы изучения приверженности, как прямые, так и непрямые, обладают

---

---

методологическими либо технологическими недостатками [4, 23, 32, 33].

12. Проблемы выбора эффективных стратегий диагностики и последующего управления приверженностью обусловлены сложностью ее структуры вследствие большого количества переменных, влияющих на соблюдение либо несоблюдение пациентом рекомендаций врача, которые часто формируются в одну или несколько подсистем, тесно взаимодействующих друг с другом [34–36]. При этом индивидуализированная сложность структуры приверженности предполагает возможность достаточно точной диагностики нарушений ее механизмов, обуславливающих качество приверженности конкретного пациента, в том числе ассоциированность механизмов приверженности с удовлетворенностью пациента лечением, что непосредственно влияет на эффективность его взаимодействия с поставщиками медицинских услуг [30, 36–39].

13. Среди основных методов оценки приверженности (прямой опрос, счет препаратов, измерение концентрации препаратов или их метаболитов в средах и биологических жидкостях организма человека, мониторинг визитов и вмешательств, электронное мониторирувание, использование систем дистанционного контроля, анкетирование) наилучшим по соотношению «трудозатраты — эффективность» является анкетирование. Наиболее распространенный и рутинно применимый метод анкетирования — оценка приверженности с помощью опросников [2, 4].

14. Ценность большинства стандартизированных опросников невелика, но другие методы, например определение содержания препаратов в крови и моче, несмотря на более высокую информативность, не могут быть широко использованы [40–42]. Результаты применения опросников нередко переоценивают приверженность. Самоотчеты и дневники пациентов служат достаточно экономичными, быстрыми и простыми способами получения информации о приверженности, однако при этом также нельзя исключить существенного искажения данных, которое в части завышения результатов приверженности может достигать 30%; это сни-

---



---

жает степень доверия к таким данным без дополнительной проверки и коррекции информации, полученной другими методами [32, 43–45]. Оценка приверженности может стать лучше при появлении более дешевых и надежных методов, которые можно применять в условиях повседневной практики [46, 47]. Традиционное применение для оценки приверженности лечению опросников «короткой шкалы» (например, MMAS-4, MMAS-8) несет серьезные ограничения в связи с высоким риском внесения пациентами заведомо ложных ответов (приводящих к существенному завышению результатов) и, как следствие, низкой валидности тестов [7, 10, 48–51].

15. В медицинской практике предпочтительны опросники, которые позволяют исследовать приверженность количественно, специализированно к отдельным когортам (взрослые, подростки, беременные, законные представители пациентов и др.), применимы универсально у больных с различными заболеваниями, охватывают все известное поле приверженности (лекарственная терапия, медицинское сопровождение, модификация образа жизни) и дают возможность автоматизированного ввода и обработки данных [1, 6, 7, 8, 23, 52]. В России опросником, удовлетворяющим всем указанным критериям, обладающим достаточным уровнем валидности и одобренным в установленном порядке профессиональными общественными объединениями, является КОП-25 [1, 5, 7, 15, 51, 52]. Для применения в психиатрии разработана российская Шкала количественной оценки комплаенса. Она позволяет, индивидуализированно определив уровень приверженности пациента, выявить дефицит той или иной подсистемы и идентифицировать влияние отдельных параметров пациента на механизмы такого дефицита, что обеспечивает прогнозирование комплаентного поведения и объективный мониторинг терапевтической коррекции приверженности [34, 53–59].

16. 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 выпол-

---

---

нению отдельных медицинских рекомендаций) с течением времени снижается [60–64]. Контроль терапии путем исследования проб крови и мочи на присутствие лекарственных средств 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% [1, 65, 66]. Только существенное снижение риска осложнений или неблагоприятных исходов мотивирует пациентов на профилактическое медикаментозное лечение. Приверженность лекарственной терапии в целях профилактики сердечно-сосудистых заболеваний колеблется в пределах от 50% для первичной профилактики до 66% для вторичной [19]. При хронических соматических заболеваниях доля больных, не приверженных лечению, составляет 20–60% [67–70].

17. При оценке приверженности лекарственной терапии достаточным может считаться ее уровень не менее 75%, а оптимальным – не менее 80% [71–74].

18. Недостаточная приверженность лечению опасна серьезными последствиями и выступает самостоятельным фактором, ухудшающим прогноз [36, 60, 75]. Следствием недостаточной приверженности лекарственной терапии и модификации образа жизни становится ухудшение течения заболеваний и их прогноза при одновременном увеличении стоимости лечения [66, 69, 76–80]. Примерно 9% случаев сердечно-сосудистых заболеваний в Европе можно объяснить именно плохой приверженностью лечению [19]. Основным недостатком мероприятий по изменению образа жизни является низкая приверженность ему с течением времени [81, 82]. Глобальные последствия недостаточной приверженности лечению – ухудшение здоровья и увеличение общих расходов на здравоохранение; при этом влияние недостаточной приверженности лечению растет по мере роста бремени хронических заболеваний [4]. Поставщикам медицинских услуг следует учитывать возможность несоблюдения рекомендаций каждым пациентом и беспристрастно расспрашивать его об этом [19].

---

---

19. К ведущим стратегиям, направленным на повышение приверженности, в настоящее время могут быть отнесены мониторинг лекарственной терапии / поддержка окружения, психосоциальное сопровождение, фармакологическое сопровождение [6, 11, 35, 36, 83–85].

20. Мероприятия, направленные на повышение приверженности, в краткосрочной и среднесрочной перспективе обеспечивают значительную положительную отдачу инвестиций в первичную и вторичную профилактику. Вместе с тем все специальные образовательные программы, нацеленные на повышение приверженности лечению, с течением времени снижают свою эффективность и в отдаленной перспективе малоэффективны или не эффективны вовсе [4, 29]. Исключительно поведенческие и смешанные образовательные и поведенческие вмешательства могут увеличить долю лиц, приверженных лекарственной терапии [86]. Ни один тип вмешательства не приводит к улучшению приверженности, если он является непрерывной переменной. Исключительно образовательные и смешанные образовательные и поведенческие вмешательства оказывают незначительное влияние или не оказывают никакого влияния на длительную приверженность [86].

21. Медицинское сопровождение для повышения приверженности должно включать оценку предпочтений пациента, интерпретацию фактических данных и их применение к конкретному пациенту, рассмотрение общего прогноза, в том числе ожидаемую продолжительность жизни, функциональный статус и качество жизни, а также клиническую осуществимость вмешательства [19]. Приверженность лечению, возникновение нежелательных эффектов при приеме лекарств, экономическое бремя лечения и стресс, испытываемые лицами, осуществляющими уход, должны приниматься во внимание при оптимизации тех методов лечения и планов ухода, в которых подчеркивается приверженность основным лекарственным средствам и отменяются несущественные лекарства. Планирование расширенного ухода за пациентом должно быть начато на как можно более ранней стадии [19]. Обеспечение надлежащего информирования

---

---

пациента о вариантах лечения, о том, как придерживаться лечения, а также о потенциальных последствиях его несоблюдения, в дополнение к управлению ожиданиями пациента относительно целей терапии, имеет важное значение для повышения приверженности [87].

22. При сердечно-сосудистых заболеваниях достаточная приверженность лекарственной терапии, по сравнению с недостаточной, уменьшает риск развития кардиоваскулярных событий на 20%, а риск летальных исходов от любого заболевания – на 35–40% [88].

23. К предикторам достаточной приверженности лечению относят высшее образование [61], наличие группы инвалидности [89], старший возраст [74, 90, 91] и кратность приема лекарственных средств. Однократный прием препаратов (в том числе в форме фиксированной комбинации) сопровождается значимо большей приверженностью лекарственной терапии, чем двукратный и многократный [92]. Максимальная приверженность лекарственной терапии у больных с хроническими соматическими заболеваниями наблюдается при однократном приеме препаратов [1, 5, 6, 93, 94].

24. Предикторами недостаточной приверженности лечению выступают множественное назначение лекарственных средств, сложная или неудобная схема их приема [19, 60], увеличение стажа заболевания, ограниченность (недостаток) финансовых средств, плохие отношения между врачом и пациентом (включая недоверие врачу), недооценка тяжести состояния, отсутствие веры в успех лечения [14, 16, 19, 87, 89, 95], отсутствие у пациента признания болезни, страх или искаженные представления о последствиях и побочных эффектах лечения, низкий уровень образования, злоупотребление алкоголем, особенности интеллектуальных и/или когнитивных способностей, психические расстройства, физические ограничения, финансовые аспекты, одиночество [19, 33, 87, 89, 96, 97], хорошее самочувствие [98–100]. Самостоятельным важным фактором ухудшения приверженности служит депрессия, при этом адекватная антидепрессивная терапия таких пациентов улучшает приверженность лечению [19]. Хронические соматические заболевания без

---

---

яркой симптоматики являются предикторами недостаточной приверженности лекарственной терапии [4].

25. Факторы, влияющие на приверженность лечению, помимо пациента, могут быть также связаны с поставщиком медицинских услуг (знания, осведомленность о руководящих принципах, опыт, междисциплинарный командный подход) и системой здравоохранения (условия работы, доступ к лечению, стоимость) [6, 16, 87]. Регулярный обзор событий, проводимый любым членом сопровождающей пациента многопрофильной группы, важен для выявления случаев несоблюдения рекомендаций и реализации стратегий по улучшению приверженности там, где это уместно [87].

26. У пожилых пациентов российской популяции ведущими причинами низкой приверженности лекарственной терапии выступают развитие нежелательных эффектов и страх таковых [92].

27. Преждевременная отмена лекарственной терапии и неадекватное следование рекомендациям – наиболее частые проявления низкой приверженности лечению. Более 30% пациентов самостоятельно отменяют назначенную терапию через 6 мес. после ее начала, а более 50% – через 1 год [101]. В течение последующих 12 мес. после перенесенного коронарного события самостоятельно прекращают рекомендованную терапию 30%, а при артериальной гипертензии – более 60% пациентов, причем половина из них в качестве главных причин этого указывает опасения «привыкания» (формирования зависимости) и прямого «вреда» от проводимой терапии [60, 67, 102]. Низкая приверженность назначенной терапии становится частой причиной псевдорезистентной АГ, которая выявляется у 50% пациентов при обследовании с помощью лабораторного мониторингирования приема препаратов [103–105].

28. Степень приверженности находится в обратной зависимости от сложности назначенного режима лечения. На приверженность оказывает существенное влияние количество таблеток, выписанных пациенту в связи с проводимой терапией. Современные исследования свидетельствуют, что доля пациентов с низкой приверженностью лекарствен-

---

---

ной терапии, составляя менее 10% при назначении одной таблетки, увеличивалась до 20% при назначении двух таблеток и до 40% при выписке трех таблеток; если же больному назначались пять или более таблеток, то снижение приверженности становилось крайне значительным, вплоть до полного отказа от лечения [5, 6, 103].

29. Выбор немедикаментозного вида медицинского вмешательства (в том числе, к примеру, определение предпочтительности хирургического лечения по сравнению с фармакотерапией) зависит от ряда общих условий (доступность/недоступность, сопутствующие заболевания, особенности географических условий, образа жизни или профессиональных условий, согласие/отказ пациента) и, наряду с прочим, рекомендуется в тех случаях, когда качественная лекарственная терапия маловероятна либо чревата повышенным риском осложнений вследствие недостаточной приверженности пациента, а также если ожидаемая продолжительность жизни пациента ниже предполагаемой долговечности импланта или протеза [18].

30. Приверженность модификации образа жизни, в частности физическим упражнениям, зависит от нескольких переменных, которые могут контролироваться и изменяться исследователями и поставщиками медицинских услуг. Эту приверженность способны повысить определенные характеристики программы упражнений, привлечение специалистов из разных дисциплин, надзор, технологии, первоначальное изучение характеристик участников, образование пациентов, адекватные ожидания и знания о рисках и преимуществах, удовольствие и отсутствие неприятных переживаний, интеграция упражнений в повседневную жизнь, социальная поддержка и связь, общение и обратная связь, доступная информация о прогрессе от упражнений, мониторинг и самоконтроль их эффективности, компетентность и активная роль участников в модификации образа жизни, понятная постановка целей [106].

31. Повышению приверженности лечению способствуют адаптация приема препаратов к привычкам пациента [107], предоставление ему доступных алгоритмов самоконтроля

---

[108], использование специальных упаковок для дозирования лекарственных средств, проведение мотивационных бесед, обеспечение передачи телеметрической информации из дома пациента, а также улучшение интеграции поставщиков медицинских услуг с вовлечением в процесс фармацевтов и медицинских сестер. При этом лучший результат дает сочетание указанных способов [109]. 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 [5, 6, 42, 110, 111]. Приложения для мобильных телефонов могут улучшить приверженность как лекарственной терапии, так и модификации образа жизни [49].

**\*В России в комплексной терапии боли и неврологических заболеваний широко назначаются высокодозированные комплексы витаминов группы В, том числе в инъекционных формах. Введение препаратов этой группы часто вызывает серьезный дискомфорт, что может приводить к нарушению предписанного режима или отказу от лечения. Для минимизации этого явления предпочтительно назначение препаратов, содержащих наряду с витаминами В1, В6 и В12 местный анестетик лидокаин, уменьшающий болезненность инъекций. Хорошо изученным препаратом такого состава является раствор для в/м введения Мильгамма®, применяемый в режиме 1 раз/сут. (Источники: Общая характеристика лекарственного препарата Мильгамма® РУ № ЛП-№(001507)-(ПГ-РУ).**

32. На практике по-прежнему сохраняется тенденция к сосредоточению внимания исследователей на поиске проблем приверженности, связанных только с пациентами, при относительном пренебрежении факторами, связанными с поставщиками медицинских услуг и системой здравоохранения, несмотря на имеющиеся доказательства важности второй группы факторов [4, 36, 90, 112, 113]. Отсутствие

---

соответствия между готовностью лечиться со стороны пациента и готовностью лечить со стороны медицинского работника приводит к тому, что зачастую лечение назначается больным, не готовым следовать предложенному объему врачебных рекомендаций [13, 23, 114].

33. В настоящее время не существует единых стратегий вмешательства для всех пациентов, состояний и условий, которые были бы эффективны в плане повышения или поддержания приверженности лечению. Поэтому мероприятия, направленные на улучшение приверженности, должны быть адаптированы к конкретным потребностям пациента, связанным с болезнью.

Для достижения этой цели системы здравоохранения и поставщики медицинских услуг должны разработать средства точной оценки как приверженности, так и тех факторов, которые на нее влияют. Также необходим инструментарий консультирования медицинских работников по вопросам приверженности лечению, адаптируемый к различным социально-экономическим условиям. Этот инструментарий должен охватывать три направления – знания (информация о приверженности), мышление (процесс принятия клинических решений) и действия (поведенческие инструменты для медицинских работников) [4].

34. Необходимы междисциплинарный подход к изучению приверженности и ее соблюдению, равно как и подготовка профессионального сообщества к приверженности реализации междисциплинарного подхода. Для разработки эффективных мер лечения на основе индивидуально оцениваемой и контролируемой приверженности необходимо создание междисциплинарных групп и тесное сотрудничество между работниками первичной медико-санитарной помощи и специалистами. Такими группами может быть обеспечен эффективный вклад как в создание междисциплинарных и специальных рекомендаций, так и в разработку автоматизированных систем поддержки принятия решений в отношении терапии, облегчающих согласование соответствующих фактических данных и принятие адекватных решений [4, 19].

35. Стратегической целью системы качества в отношении

---



---

приверженности должна быть постоянная готовность поставщиков медицинских услуг к оценке приверженности пациента лечению и предоставлению учитывающих этот аспект рекомендаций [12, 23]. Дальнейшее изучение теоретических основ формирования приверженности, наряду с оценкой перспективы лечения конкретного пациента, может предоставить клиницистам дополнительные возможности повышения способности пациента придерживаться полученных рекомендаций [17]. Требуются дальнейшие хорошо продуманные исследования для изучения последствий вмешательств, улучшающих способность пациентов принимать лекарства и приверженность фармакотерапии, в первую очередь у пожилых людей, которым назначают несколько препаратов [86].

---



\*С полным текстом рекомендаций  
можно ознакомиться на сайте РМНОТ»  
[https://therapy-journal.ru/ru/archive/  
edition/10270](https://therapy-journal.ru/ru/archive/edition/10270)

---

Дистрибьютор в РФ и организация, принимающая  
претензии потребителей: ООО «Верваг Фарма»

121170, РФ, г. Москва, ул. Поклонная, д. 3, корп. 4.  
Тел.: +7 (495) 382-85-56 [www.woerwagpharma.ru](http://www.woerwagpharma.ru)



*Материал предназначен для специалистов здравоохранения*

---

\* Суммарное количество пациентов с «хорошим» и «умеренным» эффектом после 4 недель нейротропной терапии препаратом Мильгамма® композитум.

\*\* Более 90% неврологов назначают препарат курсом от 4 недель. Мильгамма®, РУ № ЛП-№(001507)-(ПГ-РУ). Мильгамма® композитум, РУ № П N012551/01.

1. №1 у неврологов среди витаминов группы В в инъекциях. Данные Prindex, 1 квартал 2023.

2. В рамках комбинированной терапии. Данилов А. Б. Применение витаминов группы В при болях в спине: новые анальгетики? // РМЖ. 2008; спецвыпуск «Болевой синдром», с. 35. 3. Calderon-Ospina C., Nava-Mesa M., Arbelaez Ariza C. Effect of combined diclofenac and B vitamins (thiamine, pyridoxine, and cyanocobalamin) for low back pain management: systematic review and meta-analysis. Pain Med. 2020 Apr, 21(4): 766-781.

4. Hayward C. J. et al. Investigation of Bioequivalence and Tolerability of Intramuscular Ceftriaxone injections by Using 1% Lidocaine, Buffered Lidocaine, and Sterile Water Diluents. Antimicrob Agents Chemother. 1996 Feb; 40(2): 485-487. 5. Баринов А. Н. и соавт. // РМЖ. Неврология. 2016, 24. 6. Общая характеристика лекарственного препарата Мильгамма® РУ № ЛП-№(001507)-(ПГ-РУ). 7. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Мильгамма® композитум, РУ № П N012551/01.



# Мильгамма®

Мильгамма® —  
оригинальный  
ко-анальгетик для  
усиления комплексной  
терапии боли в спине

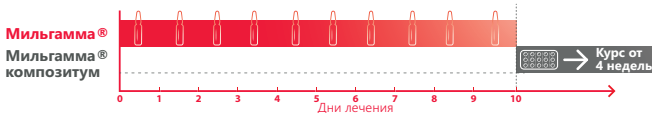


- Значимо снижает боль с первого дня<sup>2</sup>
- Снижает курсовую потребность в НПВП в 2 раза<sup>3</sup>
- В 2 раза больше пациентов полностью избавились от боли<sup>2</sup>, чем при монотерапии НПВП
- Лидокаин делает инъекцию в 2 раза более комфортной<sup>4</sup>



- Увеличивает эффективность терапии до 97%<sup>1,5</sup>
- Для восстановления нужно время: курс от 4 недель<sup>\*\*5</sup>

## РЕКОМЕНДОВАННАЯ СХЕМА ТЕРАПИИ<sup>5-7</sup>



Дистрибьютор в РФ и организация, принимающая претензии потребителей:  
ООО «Верваг Фарма», 121170, РФ, г. Москва, ул. Поклонная, д. 3, корп. 4. Тел. +7 (495) 382-85-56  
[www.woerwagpharma.ru](http://www.woerwagpharma.ru)



Информация предназначена для специалистов здравоохранения