ОСНОВЫ БП-МЕДИЦИНЫ

РОССИЙСКОЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

В 2-Х ТОМАХ

Том 2

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное медико-биологическое агентство
Российская академия наук
Российская академия образования

ОСНОВЫ БП-МЕДИЦИНЫ

РОССИЙСКОЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Том 2

Новокузнецк
Знание-М
2026

Российское научное медицинское общество терапевтов / Союз педиатров России / Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний / Российское общество психиатров / Российское общество фтизиатров / Евразийская Ассоциация Терапевтов / Научное общество гастроэнтерологов России / Геронтологическое общество при Российской академии наук / Ассоциация анестезиологов-реаниматологов / Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского/ Национальная ассоциация специалистов по тромбозам, клинической гемостазиологиии гемореологии / Общество онкогематологов / Общество доказательной неврологии / Российское общество по Эндоурологии и Новым Технологиям / Российское научное Общество Интервенционных Кардиологов / Национальное общество доказательной фармакотерапии / Международная коллаборация изучения приверженности

ОСНОВЫ 6П-МЕДИЦИНЫ

РОССИЙСКОЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Том 2

Алтайский ГМУ *(Барнаул, Россия)*, **Белградский университет** *(Белград, Сербия)*, **Венский медицинский университет** *(Вена, Австрия)*, **Волгоградский ГМУ** *(Волгоград, Россия)*, **Всероссийский учебно-научно-методический центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию** *(Москва, Россия)*, **Главный военный клинический госпиталь им. академика Н.Н. *Бурденко*** *(Москва, Россия)*, **ГНЦ дерматовенерологии и косметологии** *(Москва, Россия)*, **ГНЦ Институт иммунологии ФМБА России** *(Москва, Россия)*, **Гродненский ГМУ** *(Гродно, Беларусь)*, **Женевский университет** *(Женева, Швейцария)*, **Институт радиологии и онкологии Сербии** *(Белград, Сербия)*, **Институт философии РАН** *(Москва, Россия)*, **Казанский ГМУ** *(Казань, Россия)*, **Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова** *(Алматы, Казахстан)*, **Казахский национальный университет им. Аль-Фараби** *(Алматы, Казахстан)*, **Кемеровский *ГМУ*** *(Кемерово, Россия)*, **Медицинский центр Управления делами Президента Республики Казахстан** *(Астана, Казахстан)*, **Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии** *(Минск, Беларусь)*, **Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова** *(Москва, Россия)*, **Московский НПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины** *(Москва, Россия)*, **НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний** *(Кемерово, Россия)*, **НИИ пульмонологии ФМБА России** *(Москва, Россия)*, **НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского** *(Москва, Россия)*, **НИИ терапии и профилактической медицины – филиал ИЦиГ СО РАН** *(Новосибирск, Россия)*, **НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой** *(Москва, Россия)*, **НПЦ психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой** *(Москва, Россия)*, **Научный центр неврологии и нейронаук** *(Москва, Россия)*, **Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека** *(Иркутск, Россия)*, **Национальная академия наук Республики Казахстан при Президенте Республики Казахстан** *(Алматы, Казахстан)*, **Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва** *(Саранск, Россия)*, **Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. почётного акад. Н.Ф. Гамалеи** *(Москва, Россия)*, **Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова** *(Москва, Россия)*, **НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова** *(Москва, Россия)*, **НМИЦ высоких медицинских технологий – Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского** *(Красногорск, Россия)*, **НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева** *(Москва, Россия)*, **НМИЦ гематологии** *(Москва, Россия)*, **НМИЦ им. В.А. Алмазова** *(Санкт-Петербург, Россия)*, **НМИЦ им. Н.Н. Блохина** *(Москва, Россия)*, **НМИЦ кардиологии им. акад. Е.И. Чазова** *(Москва, Россия)*, **НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова** *(Санкт-Петербург, Россия)*, **НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева** *(Санкт-Петербург, Россия)*, **НМИЦ терапии и профилактической медицины** *(Москва, Россия)*, **НМИЦ трансплантологии и искусственных органов им. акад. В.И. Шумакова** *(Москва, Россия)*, **НМИЦ фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний** *(Москва, Россия)*, **НМИЦ ЦНИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии** *(Москва, Россия)*, **НМИЦ эндокринологии им. акад. И.И. Дедова** *(Москва, Россия)*, **Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого** *(Новгород, Россия)*, **Новосибирский ГМУ** *(Новосибирск, Россия)*, **Омский ГМУ** *(Омск, Россия)*, **Оренбургский ГМУ** *(Оренбург, Россия)*, **Первый Московский ГМУ им. И.М. Сеченова** *(Москва, Россия)*, **Первый Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И.П. Павлова** *(Санкт-Петербург, Россия)*, **Пермский ГМУ им. акад. Е.А. Вагнера** *(Пермь, Россия)*, **РАНХиГС при Президенте Российской Федерации** *(Москва, Россия)*, **Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования** *(Москва, Россия)*, **Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского** *(Москва, Россия)*, **Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова** *(Москва, Россия)*, **Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы** *(Москва, Россия)*, **Российский университет медицины** *(Москва, Россия)*, **Рязанский ГМУ им. акад. И.П. Павлова** *(Рязань, Россия)*, **Санкт-Петербургский клинический НПЦ специализированных видов медицинской помощи (онкологический) им. Н.П. Напалкова** *(Санкт-Петербург, Россия)*, **Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского** *(Саратов, Россия)*, **Северный ГМУ** *(Архангельск, Россия)*, **Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Амосова** *(Якутск, Россия)*, **Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова** *(Санкт-Петербург, Россия)*, **Сибирский ГМУ** *(Томск, Россия)*, **Ставропольский ГМУ** *(Ставрополь, Россия)*, **Страсбургский университет** *(Страсбург, Франция)*, **Тверской ГМУ** *(Тверь, Россия)*, **Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН** *(Томск, Россия)*, **Ульяновский государственный университет** *(Ульяновск, Россия)*, **Университет Перуджи** *(Перуджа, Италия)*, **Уральский ГМУ** *(Екатеринбург, Россия)*, **Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна** *(Москва, Россия)*, **Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи** *(Москва, Россия)*, **ФНКЦ инфекционных болезней ФМБА России** *(Санкт-Петербург, Россия)*, **ФНКЦ реаниматологии и реабилитологии** *(Москва, Россия)*, **Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи Минздрава России** *(Москва, Россия)*, **ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора** *(Москва, Россия)*, **Южно-Уральский ГМУ** *(Челябинск, Россия)*, **Ярославский ГМУ** *(Ярославль, Россия)*

2026

ОСНОВЫ БП-МЕДИЦИНЫ

РОССИЙСКОЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Том 2

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

акад. РАН **Авдеев С. Н.**, акад. РАН **Акимкин В. Г.**, чл.-корр. РАН **Арутюнов Г. П.**,
акад. РАН **Ашрафян Л. А.**, проф. **Бабунашвили А. М.**, чл.-корр. РАН **Балыкова Л. А.**,
акад. РАН **Барбараш О. Л.**, чл.-корр. РАН **Беляев А. М.**, акад. НАН РК **Бенберин В. В.**,
чл.-корр. РАН **Бобровницкий И. П.**, акад. РАН **Бохан Н. А.**, акад. РАН **Брико Н. И.**,
акад. РАН **Важенин А. В.**, иностр. чл. РАН **Валента Р.**, проф. **Васильева И. А.**, акад. РАН **Вебер В. Р.**,
проф. **Виноградов О. И.**, д.м.н. **Власов Я. В.**, акад. РАН **Гинцбург А. Л.**, акад. РАН **Горелов А. В.**,
акад. РАН **Готье С. В.**, проф. **Грачев Н. С.**, д.м.н. **Гржибовский А. М.**, акад. РАН **Гусейнов А. А.**,
иностр. чл. РАН **Давидович Л.**, иностр. чл. РАН **Ди Ренцо Дж. К.**, акад. РАН **Драпкина О. М.**,
иностр. чл. РАН **Ералиева Л. Т.**, проф. **Зайцев А. А.**, акад. РАН **Иоселиани Д. Г.**,
иностр. чл. РАН **Кайдарова Д. Р.**, акад. РАН **Караулов А. В.**, акад. РАН **Карпов Р. С.**,
иностр. чл. РАН **Касымов О. Т.**, чл.-корр. РАН **Кобалава Ж. Д.**, акад. РАН **Ковтун О. П.**,
акад. РАН **Конради А. О.**, акад. РАН **Кубанов А. А.**, проф. **Лазебник Л. Б.**, акад. РАН **Леонтьев В.К.**,
чл.-корр. РАН **Ливзан М. А.**, чл.-корр. РАН **Лила А. М.**, акад. РАН **Лобзин Ю. В.**,
акад. НАН РК **Локшин В. Н.**, акад. РАН **Лоран О. Б.**, акад. РАН **Маев И. В.**, акад. РАН **Мазуров В. И.**,
акад. РАН **Малеев В. В.**, чл.-корр. РАН **Мартов А. Г.**, чл.-корр. РАН **Марьяндышев А. О.**,
иностр. чл. РАН **Массар Ж.**, акад. РАН **Мацкеплишвили С. Т.**, акад. РАН **Мельниченко Г. А.**,
д.м.н. **Мирошниченко А. Г.**, чл.-корр. РАН **Моисеев С. В.**, чл.-корр. РАН **Моисеенко В. М.**,
акад. РАН **Намазова-Баранова Л. С.**, д.м.н. **Наркевич А. Н.**, проф. **Незнанов Н. Г.**,
д.м.н. **Николаев Н. А.** (председатель), проф. **Омельяновский В. В.**, акад. РАН **Петров В. И.**,
акад. РАН **Поддубная И. В.**, акад. РАН **Полушин Ю. С.**, акад. РАН **Попов С. В.**,
чл.-корр. РАН **Рагино Ю. И.**, акад. РАН **Радзинский В. Е.**, акад. РАН **Разумов А. Н.**,
акад. РАН **Решетов И. В.**, акад. РАН **Ройтберг Г. Е.**, проф. **Ройтман Е. В.**, акад. РАН **Румянцев А. Г.**,
чл.-корр. РАН **Румянцев С. А.**, акад. МАН РБ **Руммо О. О.**, чл.-корр. РАН **Рычкова Л. В.**,
чл.-корр. РАН **Скворцова В. И.**, доц. **Скирденко Ю. П.**, иностр. чл. РАН **Снежицкий В. А.**,
акад. РАО **Смолин О. Н.**, чл.-корр. РАН **Софронов А. Г.**, иностр. чл. РАН **Станойкович Т.**,
акад. РАН **Танашян М. М.**, акад. РАН **Тахчиди Х. П.**, чл.-корр. РАН **Ткачёва О. Н.**,
акад. РАН **Тутельян В. А.**, чл.-корр. РАН **Фадеев В. В.**, чл.-корр. РАН **Фурман Е. Г.**,
акад. РАН **Хаитов М. Р.**, чл.-корр. РАН **Хлынова О. В.**, акад. РАН **Хохлов А. Л.**,
акад. РАН **Хубутия М. Ш.**, иностр. чл. РАН **Шаллер К.**,
акад. РАН **Шевченко Ю. Л.**, акад. РАН **Янушевич О. О.**

2026

ОСНОВЫ 6П-МЕДИЦИНЫ

РОССИЙСКОЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Том 2

РАБОЧАЯ ГРУППА

Агафонова Ю. А., проф. **Агеев Ф. Т.**, доц. **Андреев Д. Н.**, **Андреев К. А.**, к. филос. н., **Антипов А. В.**, к.м.н. **Антонова А. С.**, к.м.н. **Аталян А. В.**, проф. **Ахмедов В. А.**, **Ашпаков Р. Р.**, к.м.н. **Бабичева Л. Г.**, **Балабанова А. А.**, проф. РАН **Беляева И. А.**, к.м.н. **Бережной В. Г.**, к.м.н. **Берковская М. А.**, к.м.н. **Блох А. И.**, проф. **Бомбардирова Е. П.**, проф. **Вагнер В. Д.**, к.м.н. **Васильева С. Н.**, проф. **Викторова И. А.**, **Власов М. Я.**, **Власова Н. Л.**, д.м.н. **Волошина И. М.**, проф. **Волчегорский И. А.**, **Гайгиев Т. И.**, проф. **Галявич А. С.**, д.м.н. **Гаус О. В.**, к.м.н. **Васильева С. Н.**, **Георгиади М. В.**, к.м.н. **Гомберг В. Г.**, **Горбенко А. В.**, к.м.н. **Горшков А. Ю.**, д.филос.н. **Гришечкина Н. В.**, к.м.н. **Гурова О. Ю**, к.м.н. **Дроздова Л. Ю.**, д.м.н. **Друк И. В.**, д.м.н. **Ершов А. В.**, д.м.н. **Ефремова Е. В.**, к.м.н. **Журкова Н. В.**, проф. **Заборовский А. В.**, проф. **Задионченко В. С.**, **Захарова Т. Д.**, проф. **Зырянов С. К.**, д.м.н. **Калашникова М. Ф.**, проф. **Каневская С. С.**, проф. **Кашталап В. В.**, проф. **Колбасников С. В.**, доц. **Колчин А. С.**, к.м.н. **Кольгаева Э. И.**, к. психол. н. **Кондратьева К. О.**, проф. **Кореннова О. Ю.**, д.м.н. **Корнетова Е. Г.**, **Коротченко М. А.**, проф. **Корпачева О. В.**, доц. **Коршунов А. С.**, д.м.н. **Кочергина А. М.**, д.м.н. **Кутихин А. Г.**, д.м.н. **Кутишенко Н. П.**, проф. **Лебедев О. И.**, **Лиходей Н. В.**, д.м.н. **Лукина Ю. В.**, д.м.н. **Лутова Н. Б.**, проф. **Мареев В. Ю.**, проф. **Марцевич С. Ю.**, к.м.н. **Михайлова Н. Б.**, к.м.н. **Моргунова Т. Б.**, проф. **Морозова О. Л.**, проф. **Напалков Д. А.**, проф. **Недошивин А. О.**, проф. **Нечаева Г. И.**, проф. **Никифоров В. С.**, д.м.н. **Никишова Е. И.**, д.м.н. **Николаев Н. А. (руководитель)**, **Орджоникидзе М. К.**, проф. **Осипова И. В.**, проф. **Охлопков В. А.**, проф. **Павлинова Е. Б.**, д.м.н. **Пасечник О. А.**, д.м.н. **Пашков А. В.**, **Пеляк Н. Д.**, проф. **Петрова А. Г.**, проф. **Писклаков А. В.**, д.м.н. **Плотникова О. В.**, д.м.н. **Погодина А. В.**, **Понасенко О. И.**, д. филос. н. **Попова О. В.**, д.м.н. **Пузырева Л. В.**, проф. **Ребров А. П.**, проф. **Розов Р. А.**, д.м.н. **Савельева И. В.**, проф. **Сайфутдинов Р. И.**, к.м.н. **Селимзянова Л. Р.**, к.м.н. **Семенова Н. В.**, проф. **Семиглазова Т. Ю.**, д.м.н. **Симуткин Г. Г.**, проф. **Синеглазова А. В.**, к.м.н. **Советкина Н. В.**, к.м.н. **Сорокин М. Ю.**, проф. **Стасенко В. Л.**, проф. **Стремоухов А. А.**, д.м.н. **Сурков А. Н.**, д.м.н. **Суркова Е. В.**, проф. **Сутурина Л. В.**, проф. **Тавартkиладзе Г. А.**, д.м.н. **Тетенева А. В.**, проф. **Тихонова С. В.**, д. филос. н. **Тищенко П. Д.**, к.м.н. **Токарская Е. А.**, д.м.н. **Тотчиев Г. Ф.**, проф. **Трезубов В. Н.**, **Тулупов Р. В.**, проф. **Тумян Г. С.**, проф. **Тюрин В. П.**, к.м.н. **Ульбашев Д. С.**, д.м.н. **Усов Г. М.**, д.м.н. **Устинова Н. В.**, **Фахрутдинова А. Ш.**, **Федорин М. М.**, к.м.н. **Федосеенко М. В.**, к.м.н. **Федяева В. К.**, д.м.н. **Фофанова Т. В.**, **Чебаненко Е. В.**, доц. **Черненко С. В.**, **Шаяхметова К. Д.**, к.м.н. **Шепель Р. Н.**, доц. **Ширлина Н. Г.**, **Шоров К. Х.**, проф. **Ягода А. В.**, проф. **Якушин С. С.**

2026

УДК 616 (035)
ББК 53.0я 22

075 **Основы 6П-медицины. Российское научно-практическое руководство. В 2 тт.: Т. 2.**: [Электронный ресурс] / Н. А. Николаев, С. Н. Авдеев, В. Г. Акимкин., Г.П. Арутюнов, Л. А. Ашрафян, А. М. Бабунашвили, Л. А. Балыкова, О. Л. Барбараш, А. М. Беляев, В. В. Бенберин, И. П. Бобровницкий, Н. А. Бохан, Н. И. Брико, А. В. Важенин, Р. Валента, И. А. Васильева, В. Р. Вебер, О. И. Виноградов, Я. В. Власов, А. Л. Гинцбург, А. В. Горелов, С. В. Готье, Н. С. Грачев, А. М. Гржибовский, А. А. Гусейнов, Л. Давидович, Дж. К. Ди Ренцо, О. М. Драпкина, Л. Т. Ералиева., А. А. Зайцев, Д. Г. Иоселиани, Д. Р. Кайдарова, А. В. Караулов, Р. С. Карпов, О. Т. Касымов, Ж. Д. Кобалава, О. П. Ковтун, А. О. Конради, А. А. Кубанов, Л. Б. Лазебник, В. К. Леонтьев, М. А. Ливзан, А. М. Лила, Ю. В. Лобзин, В. Н. Локшин, О. Б. Лоран, И. В. Маев, В. И. Мазуров, В. В. Малеев, А. Г. Мартов, А. О. Марьяндышев, Ж. Массар, С. Т. Мацкеплишвили, Г. А. Мельниченко, А. Г. Мирошниченко, В. В. Моисеев, В. М. Моисеенко, Л. С. Намазова-Баранова, А. Н. Наркевич, Н. Г. Незнанов, В. В. Омельяновский, В. И. Петров, И. В. Поддубная, Ю. С. Полушин, С. В. Попов, Ю. И. Рагино, В. Е. Радзинский, А. Н. Разумов, И. В. Решетов, Г. Е. Ройтберг, Е. В. Ройтман, А. Г. Румянцев, С. А. Румянцев, О. О. Руммо, Л. В. Рычкова, В. И. Скворцова, Ю. П. Скирденко, В. А. Снежицкий, О. Н. Смолин, А. Г. Софронов, Т. Станойкович, М. М. Танашян, Х. П. Тахчиди, О. Н. Ткачёва, В. А. Тутельян, В. В. Фадеев, Е. Г. Фурман, М. Р. Хаитов, О. В. Хлынова, А. Л. Хохлов, М. Ш. Хубутия, К. Шаллер, Ю. Л. Шевченко, О. О. Янушевич, Ю. А. Агафонова, Ф. Т. Агеев, Д. Н. Андреев, К. А. Андреев, А. В. Антипов, А. С. Антонова, А. В. Аталян, В. А. Ахмедов, Р. Р. Ашпаков, Л. Г. Бабичева, А. А. Балабанова, И. А. Беляева, В. Г. Бережной, М. А. Берковская, А. И. Блох, Е. П. Бомбардирова, В. Д. Вагнер, С. Н. Васильева, И. А. Викторова, М. Я. Власов, Н. Л. Власова, И. М. Волошина, И. А. Волчегорский, Т. И. Гайгиев, А. С. Галявич, О. В. Гаус, О. Н. Герасименко, М. В. Георгиади, В. Г. Гомберг, А. В. Горбенко, А. Ю. Горшков, Н. В. Гришечкина, О. Ю. Гурова, Л. Ю. Дроздова, И. В. Друк, А. В. Ершов, Е. В. Ефремова, Н. В. Журкова, А. В. Заборовский, В. С. Задионченко, Т. Д. Захарова, С. К. Зырянов, М. Ф. Калашникова, С. С. Каневская, В. В. Кашталап, С. В. Колбасников, А. С. Колчин, Э. И. Кольгаева, К. О. Кондратьева, О. Ю. Кореннова, Е. Г. Корнетова, М. А. Коротченко, О. В. Корпачева, А. С. Коршунов, А. М. Кочергина, А. Г. Кутихин, Н. П. Кутишенко, О. И. Лебедев, Н. В. Лиходей, Ю. В. Лукина, Н. Б. Лутова, В. Ю. Мареев, С. Ю, Марцевич, Н. Б. Михайлова, Т. Б. Моргунова., О. Л. Морозова, Д. А. Напалков, А. О. Недошивин., Г. И. Нечаева, В. С. Никифоров, Е. И. Никишова, М. К. Орджоникидзе, И. В. Осипова, В. А. Охлопков, Е. Б. Павлинова, О. А. Пасечник, А. В. Пашков, Н. Д. Пеляк, А. Г. Петрова, А. В. Писклаков, О. В. Плотникова, А. В. Погодина, О. И. Понасенко, О. В. Попова, Л. В. Пузырева, А. П. Ребров, Р. А. Розов, И. В. Савельева, Р. И. Сайфутдинов, Л. Р. Селимзянова, Н. В. Семенова, Т. Ю. Семиглазова, Г. Г. Симуткин, А. В. Синеглазова, Н. В. Советкина, М. Ю. Сорокин, В. Л. Стасенко, А. А. Стремоухов, А. Н. Сурков, Е. В. Суркова, Л. В. Сутурина, Г. А. Таварткиладзе, А. В. Тетенева, С. В. Тихонова, П. Д. Тищенко, Е. А. Токарская, Г. Ф. Тотчиев, В. Н. Трезубов, Р. В. Тулупов, Г. С. Тумян, В. П. Тюрин, Д. С. Ульбашев, Г. М. Усов, Н. В. Устинова, А. Ш. Фахрутдинова, М. М. Федорин, М. В. Федосеенко, В. К. Федяева, Т. В. Фофанова, Е. В. Чебаненко, С. В. Черненко, К. Д. Шаяхметова, Р. Н. Шепель, Н. Г. Ширлина, К. Х. Шоров, А. В. Ягода, С. С. Якушин / под общей ред. Н. А. Николаева, О. М. Драпкиной, Л. С. Намазовой-Барановой. – Текстовое (символьное) электронное издание. – Москва : Издательство «Знание-М», 2026. – 1 электрон. опт. диск (CD-R). – Сист. требования: IBM PC, любой, более 1 GHz ; 512 Мб RAM ; 10 Мб HDD ; MS Windows XP и выше ; CD/DVD-ROM дисковод, мышь ; Adobe Reader 8.0 и выше. – 355 с.

ISBN
DOI

Руководство направлено на расширение и совершенствование знаний в области интегративного пациентоориентированного подхода в клинической медицине – 6П-медицины, основанной на оценке приверженности лечению. Во втором томе рассматриваются вопросы 6П-медицины применительно к биоэтике, онкологии, кардиологии, фтизиатрии, пульмонологии, стоматологии, а также технологии оценки приверженности и комплексной оценки результатов медицинских вмешательств. Целевая аудитория — поставщики медицинской помощи (медицинские работники и организаторы здравоохранения); руководители органов исполнительной власти, медицинских и научных учреждений; исследователи (медицинские исследователи); научно-педагогические работники, обучающиеся вузов и колледжей по медицинским и фармацевтическим специальностям.

УДК 616 (035)
ББК 53.0я 22

ISBN

© Коллектив авторов, 2026
© Знание-М, 2026

Рецензенты:

Баранов А. А. — д-р мед. наук, профессор, академик РАН, советник руководителя НИИ педиатрии и охраны здоровья детей Научно-клинического Центра № 2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского», профессор кафедры педиатрии и детской ревматологии Клинического института детского здоровья имени Н. Ф. Филатова ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), почетный Президент Союза педиатров России, полный кавалер ордена «За заслуги перед Отечеством»;

Бойцов С.А.. — д-р мед. наук, профессор, академик РАН, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ Кардиологии» Минздрава России, главный внештатный специалист кардиолог Минздрава России по Центральному, Уральскому, Сибирскому и Дальневосточному Федеральным округам, полковник медицинской службы, Заслуженный врач РФ;

Моисеев В. И. — д-р филос. наук, профессор, заведующий кафедрой философии, биомедэтики и гуманитарных наук ФГБОУ ВО Российский университет медицины Минздрава России, Директор Ассоциации медико-гуманитарного развития БРИКС, ассоциированный сотрудник сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики Института философии РАН.

Российское научно-практическое руководство «Основы 6П-медицины», выражает коллективное мнение (консенсус) всех авторов — членов Редакционного Совета и Рабочей Группы, и отражает официальную позицию профессиональных общественных объединений, одобривших настоящее издание.

Авторы подтверждают отсутствие финансовой поддержки / конфликта интересов. В случае сообщения о наличии конфликта интересов, член(ы) Редакционного Совета и Рабочей Группы был(и) исключен(ы) из обсуждения разделов, связанных с областью конфликта интересов.

Авторы придерживаются политики обеспечения открытого доступа (open access). Текст настоящего издания распространяется на условиях открытой лицензии (ст. 1286.1 ГК РФ) и лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo). Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки. Авторы заявляют об отказе применять юридические ограничения или технологические меры, создающие другим юридические препятствия в выполнении чего-либо из того, что разрешено лицензией. Указанное позволяет другим лицам распространять и использовать в качестве основы настоящий текст, при условии указания авторства и без дополнительных ограничений.

Для цитирования:

Книга:

Н. А. Николаев, С. Н. Авдеев, В. Г. Акимкин и др.; под общ. ред. Н. А. Николаева, О. М. Драпкиной, Л. С. Намазовой-Барановой. «Основы 6П-медицины. Российское научно-практическое руководство. В 2 тт.: Т. 2.». Электронное издание. Новокузнецк: Изд-во «Знание-М», 2026. — 366 с. Системные требования: IBM PC, любой процессор > 1 GHz; 512 МБ RAM; 10 МБ HDD; MS Windows XP и выше; CD/DVD-привод, мышь; Adobe Reader 8.0 и выше.На диске: 1 электронный оптический диск (CD-R).

APA Style:

Николаев, Н.А., Авдеев, С.Н., Акимкин, В.Г., Арутюнов, Г.П., Ашрафян, Л.А., Бабунашвили, А.М., Балыкова, Л.А., Барбараш, О.Л., Беляев, А.М., & др. (под ред. Н.А. Николаева, О.М. Драпкиной, Л.С. Намазовой-Барановой). (2026). Основы 6П-медицины. Российское научно-практическое руководство. В 2 тт.: Т. 2. [Электронный ресурс]. Новокузнецк: Издательство «Знание-М».

Chicago Manual of Style:

Николаев, Н.А., С.Н. Авдеев, В.Г. Акимкин, Г.П. Арутюнов, Л.А. Ашрафян, А.М. Бабунашвили, Л.А. Балыкова, О.Л. Барбараш, А.М. Беляев, and others. Основы 6П-медицины. Российское научно-практическое руководство. В 2 тт.: Т. 2. Edited by Н.А. Николаев, О.М. Драпкина, Л.С. Намазова-Баранова. Новокузнецк: Издательство «Знание-М», 2026. Электронный ресурс.

Harvard Style:

Николаев, Н.А., Авдеев, С.Н., Акимкин, В.Г., Арутюнов, Г.П., Ашрафян, Л.А., Бабунашвили, А.М., Балыкова, Л.А., Барбараш, О.Л., Беляев, А.М., et al. (2026). Основы 6П-медицины. Российское научно-практическое руководство. В 2 тт.: Т. 2. [Электронный ресурс]. Ред. Н.А. Николаева, О.М. Драпкиной, Л.С. Намазовой-Барановой. Новокузнецк: Издательство «Знание-М».

Оглавление

Авторский коллектив второго тома 8

Раздел 6. Пациент между правом и ответственностью 26

Право выбора и ответственность пациента 27

Медицина и общество: публичные коммуникации в 6п-медицине 40

Раздел 7. 6П-подход и роль пациента в лечении 58

Ответственный пациент в контексте ответственного самолечения 59

Раздел 8. 6П-подход в лечении и профилактике кардиоваскулярных заболеваний 71

6П-подход в комплексном хирургическом лечении больных ИБС с диффузным поражением коронарного русла 72

6П-подход в предикции кардиометаболического риска у лиц молодого возраста 87

Раздел 9. Приверженность как основа 6П-подхода в онкологии 103

Приверженность среди пациентов с онкологическими заболеваниями 104

Раздел 10. Приверженность как основа 6П-подхода в фтизиатрии и пульмонологии 112

Пациентоориентированный подход при оказании противотуберкулезной помощи 113

Комплаентность антибактериальной терапии респираторных инфекций 123

Раздел 11. Приверженность как основа 6П-подхода при патологии эндокринной системы 142

Приверженность лечению при сахарном диабете 143

6П-подход в лечении больных ожирением 183

Приверженность лечению пациентов с нарушением функции щитовидной железы 199

Раздел 12. Приверженность как основа 6П-подхода в стоматологической практике 204

Развитие принципов 6П-медицины в стоматологической практике 205

Стоматологическая комплаентность детей и подростков 220

Раздел 13. 6П-подход в медицинской профилактике 237

Приверженность и медицинская профилактика 238

Раздел 14. Комплексная оценка результатов медицинских вмешательств в 6П-медицине 198

Комплексная оценка результатов медицинских вмешательств в клинической практике

Раздел 15. Опросники и шкалы приверженности в 6П-медицине 198

Опросники оценки приверженности лечению 306

Комплексная оценка приверженности лечению пациентов с алкогольной зависимостью: приверженность трезвости

Приверженность научной и альтернативной медицине

Заключение 198

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Редакционный Совет и Рабочая Группа

АВДЕЕВ Сергей Николаевич (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, директор клиники пульмонологии и респираторной медицины, заведующий 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, дважды лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники, лауреат Национальной премии «Призвание»

АГАФОНОВА Юлия Андреевна (*Россия, Москва*) – главный специалист отдела анализа ресурсов здравоохранения, главный специалист отдела клинической апробации и оценки инноваций ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России; ассистент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом оценки технологий здравоохранения ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

АГЕЕВ Фаиль Таипович (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, профессор, главный 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

АКИМКИН Василий Геннадьевич (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, директор ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора, Заслуженный врач РФ, лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники, лауреат Национальной премии «Призвание»

АНДРЕЕВ Дмитрий Николаевич (*Россия, Москва*) – канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии Лечебного факультета ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава, лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники

АНДРЕЕВ Кирилл Андреевич (*Россия, Омск*) – ассистент кафедры экстремальной и доказательной медицины ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, ответственный секретарь СНЖ «Научный вестник ОмГМУ»

АНТИПОВ Алексей Владимирович (*Россия, Москва*) – канд. филос. наук, старший научный сотрудник сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики Института философии РАН

АНТОНОВА Алена Сергеевна (*Россия, Омск*) – канд. мед. наук, заместитель главного врача БУЗОО «Наркологический диспансер» по организационно-методической консультативной работе, ассистент кафедры психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

АРУТЮНОВ Григорий Павлович (*Россия, Москва*) – член-корреспондент РАН, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней педиатрического факультета, директор Института клинической медицины ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский университет), вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ), вице-президент Российского кардиологического общества (РКО), Президент Евразийской Ассоциации Терапевтов, Заслуженный врач РФ

АТАЛЯН Алина Валерьевна (*Россия, Москва*) – канд. мед. наук, руководитель функциональной группы информационных систем и биостатистики ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» Минздрава России

АХМЕДОВ Вадим Адильевич (*Россия, Омск*) – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой медицинской реабилитации ДПО ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

АШПАКОВ Руслан Раефович (*Россия, Омск*) – ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

АШРАФЯН Лев Андреевич (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, директор института онкогинекологии и маммологии, заместитель директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, Заслуженный врач РФ, лауреат Государственной премии Российской Федерации, лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники

БАБИЧЕВА Лали Галимовна (*Россия, Москва*) – канд. мед. наук, 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 последипломного образования ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский университет)

БАБУНАШВИЛИ Автандил Михайлович (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, профессор, председатель Российского Научного Общества Интервенционных Кардиологов, Заслуженный врач РФ

БАЛАБАНОВА Анастасия Андреевна (*Россия, Тюмень*) – врач-кардиолог консультативно-диагностической поликлиники им. Е.М. Нигинского

БАЛЫКОВА Лариса Александровна (*Россия, Саранск*) – член-корреспондент РАН, д-р мед. наук, профессор проректор по инновационной деятельности в сфере биотехнологии и медицины, профессор кафедры педиатрии ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва»

БАРБАРАШ Ольга Леонидовна (*Россия, Кемерово*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, директор ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» Минобрнауки России, Заслуженный деятель науки РФ

БЕЛЯЕВ Алексей Михайлович (*Россия, Санкт-Петербург*) – член-корреспондент РАН, д-р мед. наук, профессор, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, президент Ассоциации онкологов Северо-Запада, главный внештатный специалист онколог Северо-Западного Федерального округа, Заслуженный деятель науки РФ

БЕЛЯЕВА Ирина Анатольевна (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, профессор РАН, профессор кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский университет), заведующий отделом преконцепционной, антенатальной и неонатальной медицины НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского», врач-неонатолог ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»

БЕНБЕРИН Валерий Васильевич (*Казахстан, Астана*) – академик НАН Республики Казахстан, д-р мед. наук, профессор, руководитель центра геронтологии Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан

БЕРЕЖНОЙ Вадим Григорьевич (*Россия, Омск*) – канд. мед. наук, главный врач БУЗОО «Клинический медико-хирургический Центр» Минздрава Омской области, Председатель комитета по социальной политике Законодательного Собрания Омской области

БЕРКОВСКАЯ Марина Ароновна (*Россия, Москва*) – канд. мед. наук, доцент кафедры эндокринологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

БЛОХ Алексей Игоревич (*Россия, Омск*) – канд. мед. наук, заместитель директора по научной работе ФБУН «Омский научно-исследовательский институт природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

БОБРОВНИЦКИЙ Игорь Петрович (*Россия, Красногорск*) – член-корреспондент РАН, д-р мед. наук, профессор, Заместитель начальника по научной работе Филиала №2 ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр высоких медицинских технологий – Центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневского» Министерства обороны Российской Федерации» Минобороны России, Заслуженный врач РФ

БОМБАРДИРОВА Елена Петровна (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, профессор, Главный научный сотрудник отдела преконцепционной, антенатальной и неонатальной медицины НКЦ №2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского», врач-неонатолог ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»

БОХАН Николай Александрович (*Россия, Томск*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, директор НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Заслуженный деятель науки РФ, лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники

БРИКО Николай Иванович (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, директор института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, заведующий кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Заслуженный деятель науки РФ, лауреат премии Правительства Российской Федерации в области образования, лауреат премии РАМН им. Н. Ф. Гамалеи

ВАГНЕР Владимир Давыдович (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, профессор, заведующий отделом организации стоматологической службы, лицензирования и аккредитации ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава России, профессор кафедры терапевтической стоматологии ДПО ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Заслуженный деятель науки РФ, Заслуженный врач РФ

ВАЖЕНИН Андрей Владимирович (*Россия, Челябинск*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ФББОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Заслуженный врач РФ

ВАЛЕНТА Рудольф (*Австрия, Вена*) – иностранный член РАН, академик Австрийской АН, д-р мед. наук, профессор, профессор Венского медицинского университета, заведующий лабораторией молекулярной аллергологии ФГБУ «Государственный научный центр Институт иммунологии» ФМБА России

ВАСИЛЬЕВА Ирина Анатольевна (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, 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

ВАСИЛЬЕВА Светлана Николаевна (*Россия, Томск*) – канд. мед. наук, научный сотрудник отделения аффективных состояний НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»

ВЕБЕР Виктор Робертович (*Россия, Великий Новгород*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, научный руководитель Института медицинского образования, заведующий кафедрой внутренних болезней ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого», Заслуженный работник высшей школы РФ

ВИКТОРОВА Инна Анатольевна (*Россия, Омск*) – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней и поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

ВИНОГРАДОВ Олег Иванович (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, профессор, президент Общества доказательной неврологии (ОДН)

ВЛАСОВ Марк Янович (*Россия, Москва*) – методист Всероссийского союза общественных объединений пациентов, аспирант кафедры истории и теории политики факультета политологии медицины ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», магистр философского факультета ФГАОУ ВО «Самарский национальный исследовательский университет имени академика С.П. Королева»

ВЛАСОВ Ян Владимирович (*Россия, Самара*) – д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры неврологии и нейрохирургии ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, член Совета при Президенте Российской Федерации по развитию гражданского общества и правам человека, руководитель Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, Сопредседатель Всероссийского союза общественных объединений пациентов, Президент Общероссийской общественной организации инвалидов – больных рассеянным склерозом, Заместитель председателя Координационного комитета общественных советов при федеральных органах власти по вопросам здравоохранения, член Общественного совета при Минздраве России, член Совета по этике при Минздраве России, член Экспертного совета при Федеральной антимонопольной службе по развитию конкуренции в социальной сфере и здравоохранении

ВЛАСОВА Надежда Леонидовна (*Россия, Москва*) – председатель Ассоциации врачей первичного звена СИРАНО

ВОЛОШИНА Ирина Михайловна (*Россия, Омск*) – д-р мед. наук, доцент, доцент кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

ВОЛЧЕГОРСКИЙ Илья Анатольевич (*Россия, Челябинск*) – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой фармакологии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Заслуженный деятель науки РФ

ГАЙГИЕВ Тагир Ибрагимович (*Россия, Омск*) – врач по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению РСЦ БУЗОО «КМСЧ №9», ассистент кафедры экстремальной и доказательной медицины ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

ГАЛЯВИЧ Альберт Сарварович (*Россия, Казань*) – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой кардиологии ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, вице-президент Российского кардиологического общества (РКО), Заслуженный врач РФ, лауреат Национальной премии «Призвание»

ГАУС Ольга Владимировна (*Россия, Омск*) – д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

ГЕОРГИАДИ Мария Васильевна (*Россия, Москва*) – обучающаяся Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

ГЕРАСИМЕНКО Оксана Николаевна (*Россия, Новосибирск*) – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии им. проф. Г.Д. Залесского ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный врач Новосибирского областного клинического госпиталя ветеранов войн №3, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Министерства здравоохранения Новосибирской области, заслуженный врач Российской Федерации

ГИНЦБУРГ Александр Леонидович (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, научный руководитель ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. почётного акад. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России, заведующий кафедрой инфектологии и вирусологии Института профессионального образования ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), лауреат Государственной премии Российской Федерации, лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники

ГОМБЕРГ Владимир Григорьевич (*Россия, Санкт-Петербург*) – кандидат медицинских наук, заведующий урологическим отделением СПб ГБУЗ «Городской гериатрический центр»

ГОРБЕНКО Александр Васильевич (*Россия, Омск*) – ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

ГОРЕЛОВ Александр Васильевич (*Россия, Москва*) академик РАН, д-р мед. наук, профессор, заместитель директора по научной работе ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, председатель правления Национальной ассоциации специалистов по инфекционным болезням им. академика В.И. Покровского

ГОРШКОВ Александр Юрьевич (*Россия, Москва*) – кандидат медицинских наук, заместитель директора по научной и амбулаторно-поликлинической работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России

ГОТЬЕ Сергей Владимирович (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов им. акад. В.И. Шумакова» Минздрава России, заведующий кафедрой трансплантологии и искусственных органов ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Председатель Общероссийской общественной организации «Российское трансплантологическое общество», главный внештатный специалист трансплантолог Минздрава России, Заслуженный врач РФ, лауреат Государственной премии Российской Федерации лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники, дважды лауреат Национальной премии «Призвание»

ГРАЧЕВ Николай Сергеевич (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, профессор, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России

ГРЖИБОВСКИЙ Андрей Мечиславович (*Россия, Санкт-Петербург*) – д-р мед. наук (Швеция), советник ректора по научной и инновационной работе ЧУОО ВО «Университет «Реавиз», профессор кафедры эпидемиологии и современных технологий вакцинации Института профессионального ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), профессор кафедры политики и управления в здравоохранении Казахского Национального Университета им. Аль-Фараби

ГРИШЕЧКИНА Наталья Васильевна (*Россия, Саратов*) – д-р филос. наук, доцент, доцент кафедры философии, гуманитарных наук и психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России

ГУРОВА Олеся Юриевна (*Россия, Москва*) – канд. мед. наук, доцент кафедры эндокринологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

ГУСЕЙНОВ Абдусалам Абдулкеримович (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р филос. наук, профессор, главный научный сотрудник, ВРИО директора ФГБУН «Институт философии Российской академии наук», лауреат Государственной премии Российской Федерации

ДАВИДОВИЧ Лазар (*Сербия, Белград*) – иностранный член РАН, д-р мед. наук, профессор, декан медицинского факультета Белградского университета, профессор Белградской медицинской школы, директор Клиники сосудистой и эндоваскулярной хирургии Клинического центра Сербии, паст-президент Европейского общества кардиоваскулярной хирургии (ESCVS),

ДИ РЕНЦО Джан Карло (*Италия, Перуджа*) – иностранный член РАН, иностранный член НАН Румынии, член-корреспондент Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Великобритания), почетный член American College of Obstetricians and Gynaecologists (США), почетный член Indian College of Obstetricians and Gynaecologists (Индия), д-р мед. наук, профессор, директор Центра репродуктивной и перинатальной медицины Университета Перуджи, директор Международной и европейской школы перинатальной и репродуктивной медицины (PREIS), профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), профессор медицинской школы Государственного университета Уэйна (США), главный научный сотрудник PRB NIH-NICHD (США), директор Альянса за глобальную женскую медицину (GLOWM), почетный генеральный секретарь Международной федерации акушеров-гинекологов (FIGO), сопредседатель Новой Европейской хирургической академии (NESA). Редактор журналов «Медицина матери, плода и новорожденных» и «Американский журнал акушерства и гинекологии», почетный главный редактор журнала «Материнская фетальная медицина» (Китай)

ДРАПКИНА Оксана Михайловна (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, заведующий кафедрой терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, главный редактор журнала «Кардиоваскулярная терапия и профилактика», главный редактор журнала «Профилактическая медицина», президент Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний (РОПНИЗ), президент Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ), Заслуженный врач РФ, лауреат премии Правительства Российской Федерации в области образования

ДРОЗДОВА Любовь Юрьевна (*Россия, Москва*) – канд. мед. наук, руководитель лаборатории поликлинической терапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России

ДРУК Инна Викторовна (*Россия, Омск*) – д-р мед. наук, доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней и семейной медицины ДПО, начальник управления по развитию здравоохранения и медицинской деятельности ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

ЕРАЛИЕВА Ляззат Тасбулатовна (*Казахстан, Астана*) – иностранный член РАН, д-р мед. наук, профессор, председатель Национальной технической консультативной группы экспертов по иммунизации в Республике Казахстан

ЕРШОВ Антон Валерьевич (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры патофизиологии Института цифрового биодизайна и искусственного интеллекта в медицине ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

ЕФРЕМОВА Елена Владимировна (*Россия, Ульяновск*) – д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры терапии и профессиональных болезней ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

ЖУРКОВА Наталия Вячеславовна (*Россия, Москва*) – канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Минобрнауки России, член Союза педиатров России, член Ассоциации медицинских генетиков, Москва

ЗАБОРОВСКИЙ Андрей Владимирович (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, профессор, проректор, заведующий кафедрой фармакологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

ЗАДИОНЧЕНКО Владимир Семёнович (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Заслуженный деятель науки РФ

ЗАХАРОВА Татьяна Дмитриевна (*Россия, Омск*) – ассистент кафедры экстремальной и доказательной медицины ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, врач анестезиолог-реаниматолог БУЗОО «Клинический медико-хирургический центр»

ЗАЙЦЕВ Андрей Алексеевич (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, профессор, профессор РАН, главный пульмонолог Министерства обороны Российской Федерации, главный пульмонолог ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. академика Н.Н. Бурденко» Минобороны России, заведующий кафедрой пульмонологии (с курсом аллергологии) ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ», Президент Межрегиональной Ассоциации Специалистов Респираторной Медицины, Заслуженный врач РФ

ЗЫРЯНОВ Сергей Кенсаринович (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической фармакологии медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», главный редактор журнала «Качественная клиническая практика»

ИОСЕЛИАНИ Давид Григорьевич (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой интервенционной кардиоангиологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Почетный директор Научно-Практического Центра Интервенционной Кардиоангиологии, заместитель председателя Российского Научного Общества Интервенционных Кардиологов, Заслуженный деятель науки РФ, лауреат Государственной премии СССР, лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники

КАЙДАРОВА Диляра Радиковна (*Казахстан, Алматы*) – иностранный член РАН, академик НАН Республики Казахстан при Президенте Республики Казахстан, д-р мед. наук, профессор, председатель правления АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии», заведующий кафедрой онкологии, маммологии и лучевой терапии Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова

КАЛАШНИКОВА Марина Федоровна (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, профессор кафедры эндокринологии и метаболических заболеваний ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

КАНЕВСКАЯ Светлана Сергеевна (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, профессор, руководитель Клиники внутренних болезней АО «Европейский Медицинский Центр»

КАРАУЛОВ Александр Викторович (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой клинической иммунологии и аллергологии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, заведующий лабораторией иммунопатологии Института молекулярной медицины ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Заслуженный деятель науки РФ, лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники, лауреат премии Правительства Российской Федерации в области образования, лауреат премии РАМН им. Н. Ф. Гамалеи

КАРПОВ Ростислав Сергеевич (*Россия, Томск*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, 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, Заслуженный деятель науки РФ, лауреат Государственной премии СССР, лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники, Лауреат Демидовской премии за выдающиеся заслуги в области медицинской науки

КАСЫМОВ Омор Тилегенович (*Кыргызстан, Бишкек*) – иностранный член РАН, д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры Менеджмента научных исследований Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, член экспертного совета по науке Министерства науки, высшего образования и инноваций Кыргызской Республики, Заслуженный деятель науки КР, лауреат Государственной премии КР в области науки и техники

КАШТАЛАП Василий Васильевич (*Россия, Кемерово*) – д-р мед. наук, профессор, профессор РАН, профессор кафедры кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, заведующий отделом клинической кардиологии ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»

КОБАЛАВА Жанна Давидовна (*Россия, Москва*) – член-корреспондент РАН, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней и клинической фармакологии факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лулумбы», профессор кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Заслуженный деятель науки РФ

КОВТУН Ольга Петровна (*Россия, Екатеринбург*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, президент ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Заслуженный врач РФ

КОЛБАСНИКОВ Сергей Васильевич (*Россия, Тверь*) – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой общей врачебной практики и семейной медицины ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России

КОЛЧИН Андрей Сергеевич (*Россия, Омск*) – канд. мед. наук, доцент, проректор по последипломному образованию и цифровой трансформации, доцент кафедры гигиены труда, профпатологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

КОЛЬГАЕВА Эльмира Илгаровна (*Россия, Москва*) – канд. мед. наук, врач-гематолог отделения химиотерапии гемобластозов и трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Минздрава России

КОНДРАТЬЕВА Кристина Орхановна (*Россия, Санкт-Петербург*) – канд. психол. наук, медицинский психолог, научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

КОНРАДИ Александра Олеговна (*Россия, Санкт-Петербург*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, заместитель генерального директора по научной работе, заведующий научно-исследовательского отдела артериальной гипертензии, заведующий 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 (РКО)

КОРЕННОВА Ольга Юрьевна (*Россия, Омск*) – д-р мед. наук, 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

КОРНЕТОВА Елена Георгиевна (*Россия, Томск*) – д-р мед. наук, руководитель отделения эндогенных расстройств НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»

КОРОТЧЕНКО Матвей Анатольевич (*Россия, Омск*) – ординатор кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

КОРПАЧЕВА Ольга Валентиновна (*Россия, Омск*) – д-р мед. наук, профессор, проректор по научно-исследовательской работе, заведующий кафедрой патофизиологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

КОРШУНОВ Андрей Сергеевич (*Россия, Омск*) – канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры терапевтической стоматологии ДПО, заместитель руководителя центра научных грантов ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, заведующий отделением стоматологии общей практики БУЗОО «Городская клиническая стоматологическая поликлиника №1».

КОЧЕРГИНА Анастасия Михайловна (*Россия, Кемерово*) – д-р мед. наук, секретарь рабочей группы РКО по работе с научными проектами и международному сотрудничеству, врач-кардиолог клиники АВЕ-МЕДИКО

КУБАНОВ Алексей Алексеевич (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, директор, ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России

КУТИХИН Антон Геннадьевич (*Россия, Кемерово*) – д-р мед. наук, заведующий лабораторией молекулярной, трансляционной и цифровой медицины ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»

КУТИШЕНКО Наталья Петровна (*Россия, Москва*) – д-р. мед. наук, руководитель лаборатории отдела профилактической фармакотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России

ЛАЗЕБНИК Леонид Борисович (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, главный редактор журнала «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология», президент Национального общества гастроэнтерологов России (НОГР), вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ), лауреат премии РАМН им. А. М. Мясникова

ЛЕБЕДЕВ Олег Иванович (*Россия, Омск*) – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой офтальмологии, декан лечебного факультета ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Заслуженный работник высшей школы РФ

ЛЕОНТЬЕВ Валерий Константинович (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, канд. экон. наук, профессор, советник ректора ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Президент Центра стоматологического образования Санкт-Петербургского медико-социального института, научный руководитель стоматологического факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета, профессор кафедры стоматологии ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, Почетный Президент Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая ассоциация России», заместитель Председателя Совета Общероссийской общественной организации «Общество врачей России», Заслуженный деятель науки РФ, лауреат Государственной премии Российской Федерации

ЛИВЗАН Мария Анатольевна (*Россия, Омск*) – член-корреспондент РАН, д-р мед. наук, профессор, ректор, заведующий кафедрой факультетской терапии и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Заслуженный работник высшей школы РФ

ЛИЛА Александр Михайлович (*Россия, Москва*) – член-корреспондент РАН, д-р мед. наук, профессор, директор ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», заведующий кафедрой ревматологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, главный внештатный специалист-ревматолог Минздрава России, Заслуженный врач РФ

ЛИХОДЕЙ Наталья Вячеславовна (*Россия, Москва*) – врач-эндокринолог Клинического центра ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

ЛОБЗИН Юрий Владимирович (*Россия, Санкт-Петербург*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, генерал-майор медицинской службы, Президент ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства», директор Института инфекционных болезней, клинической микробиологии и медицинской паразитологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, заведующий кафедрой инфекционных болезней ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Главный внештатный специалист по инфекционным болезням у детей Минздрава России, Главный внештатный специалист по инфекционным болезням у детей ФМБА России, Заслуженный деятель науки РФ, лауреат премии Правительства Российской Федерации в области образования, лауреат премии РАН им. И. П. Павлова

ЛОКШИН Вячеслав Нотанович (*Казахстан, Алматы*) – академик НАН Республики Казахстан при Президенте Республики Казахстан, д-р мед. наук, профессор, генеральный директор МКЦР «PERSONA», Президент Казахстанской ассоциации Репродуктивной медицины (КАРМ), главный репродуктолог МЗ РК, Президент Международной академии Репродуктологии

ЛОРАН Олег Борисович (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой урологии и хирургической андрологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Заслуженный деятель науки РФ

ЛУКИНА Юлия Владимировна (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник лаборатории фармакоэпидемиологических исследований отдела профилактической фармакотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России

ЛУТОВА Наталия Борисовна (*Россия, Санкт-Петербург*) – д-р мед. наук, руководитель института клинической психиатрии, отделения интегративно фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

МАЕВ Игорь Вениаминович (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, первый проректор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии Лечебного факультета ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Заслуженный деятель науки РФ, Заслуженный врач РФ, лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники, лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области образования

МАЗУРОВ Вадим Иванович (*Россия, Санкт-Петербург*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, главный научный консультант, директор НИИ ревматологии, заведующий 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, Заслуженный деятель науки РФ, лауреат премии РАН им. И. П. Павлова

МАЛЕЕВ Виктор Васильевич (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, советник директора института по научной работе ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора», лауреат Государственной премии Российской Федерации, лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники

МАРЕЕВ Вячеслав Юрьевич (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник Медицинского научно-образовательного центра, профессор кафедры терапии факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Заслуженный деятель науки РФ, лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники

МАРТОВ Алексей Георгиевич (*Россия, Москва*) – член-корреспондент РАН, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой урологии и андрологии МБУ ИНО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, ведущий научный сотрудник отдела урологии и андрологии МНОИ МГУ им. М.В. Ломоносова, директор урологического центра ФБУ "ЦКБ Гражданской Авиации", Президент Российского общества по Эндоурологии и Новым Технологиям, член Президиума Российского Общества Урологов, член Европейской и Международной ассоциации Урологов, Всемирной Ассоциации по Эндоурологии, Заслуженный врач РФ

МАРЦЕВИЧ Сергей Юрьевич (*Россия, Москва*) – д-р. мед. наук, профессор, руководитель отдела профилактической фармакотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Президент Национального общества доказательной фармакотерапии

МАРЬЯНДЫШЕВ Андрей Олегович (*Россия, Архангельск*) – член-корреспондент РАН, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, вице-президент Российского общества фтизиатров (РОФ) / Ассоциации фтизиатров, Заслуженный врач РФ

МАССАР Жильбер (*Франция, Страсбург*) – иностранный член РАН, д-р мед. наук, профессор, профессор факультета естественных наук, технологий и медицины Люксембургского университета (Université du Luxembourg), руководитель направления торакальной хирургии и трансплантации легких Страсбургского университета (University of Strasbourg), главный торакальный хирург Франции, член Национального совета университетов Франции, президент Европейского общества торакальных хирургов, лауреат Большой золотой медали РАН имени Н.И. Пирогова

МАЦКЕПЛИШВИЛИ Симон Теймуразович (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, заместитель директора по научной работе, руководитель отдела кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии Медицинского научно-образовательного центра ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Заслуженный деятель науки РФ, лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники

МЕЛЬНИЧЕНКО Галина Афанасьевна (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, заместитель директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии им. акад. И.И. Дедова» Минздрава России по научной работе, директор Института клинической эндокринологи, председатель Московской ассоциации эндокринологов, вице-президент Российской ассоциации эндокринологов, Заслуженный деятель науки РФ, лауреат премии Правительства Российской Федерации в области образования, лауреат Национальной премии «Призвание»

МИРОШНИЧЕНКО Александр Геннадьевич (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, доцент, директор ФГБУ ДПО «Всероссийский учебно-научно-методический центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию» Минздрава России

МИХАЙЛОВА Наталия Борисовна (*Россия, Санкт-Петербург*) – канд. мед. наук, доцент, руководитель отдела клинической онкологии клиники «НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой», доцент кафедры гематологи, трансфузиологии, трансплантологии с курсом детской онкологии факультета последипломного образования им. проф. Б.В. Афанасьева ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России

МОИСЕЕВ Сергей Валентинович (*Россия, Москва*) – член-корреспондент РАН, д-р мед. наук, профессор, заведующий 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»

МОИСЕЕНКО Владимир Михайлович (*Россия, Санкт-Петербург*) – член-корреспондент РАН, д-р мед. наук, профессор, директор ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) имени Н.П. Напалкова», Президент Геронтологического общества РАН, Заслуженный врач РФ, лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники

МОРГУНОВА Татьяна Борисовна (*Россия, Москва*) – канд. мед. наук, доцент кафедры эндокринологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

МОРОЗОВА Ольга Леонидовна (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, профессор, советник ректора, профессор кафедры патофизиологии и клинической патофизиологии Института биологии и патологии человека ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский университет)

НАМАЗОВА-БАРАНОВА Лейла Сеймуровна (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», заведующий кафедрой факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский университет), главный внештатный детский специалист по профилактической медицине Минздрава России, председатель NITAG РФ, президент Союза педиатров России, паст-президент Европейской педиатрической ассоциации (EPA/UNEPSA), вице-президент Глобального педиатрического пульмонологического альянса (GPPA), Заслуженный деятель науки РФ, лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники

НАПАЛКОВ Дмитрий Александрович (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры факультетской терапии №1 Института клинической медицины им. Н. В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

НАРКЕВИЧ Артем Николаевич (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, доцент, директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Министерства здравоохранения Российской Федерации

НЕДОШИВИН Александр Олегович (*Россия, Санкт-Петербург*) – д-р мед. наук, профессор, ученый секретарь ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, генеральный секретарь РКО

НЕЗНАНОВ Николай Григорьевич (*Россия, Санкт-Петербург*) – д-р мед. наук, профессор, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, заведующий 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, Заслуженный деятель науки РФ, Заслуженный работник высшей школы РФ, лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники

НЕЧАЕВА Галина Ивановна (*Россия, Омск*) – д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры внутренних болезней и семейной медицины ДПО ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Заслуженный врач РФ, Заслуженный работник высшей школы РФ

НИКИФОРОВ Виктор Сергеевич (*Россия, Санкт-Петербург*) – д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры функциональной диагностики ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России

НИКИШОВА Елена Ильинична (*Россия, Архангельск*) – д-р мед. наук, профессор кафедры фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России

НИКОЛАЕВ Николай Анатольевич (*Россия, Омск*) – д-р мед. наук, доцент, заведующий кафедрой экстремальной и доказательной медицины ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, руководитель Международной коллаборации изучения приверженности (ICAT), главный редактор журнала «Научный вестник ОмГМУ», председатель секции «Приверженность лечению» РНМОТ

ОМЕЛЬЯНОВСКИЙ Виталий Владимирович (*Россия, Москва*) – – д-р мед. наук, профессор, генеральный директор ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России, заведующий кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом оценки технологий здравоохранения ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники

ОРДЖОНИКИДЗЕ Мария Константиновна (*Россия, Москва*) – заместитель руководителя по национальным проектам в области микробиологии ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. почётного акад. Н.Ф. Гамалеи» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ОСИПОВА Ирина Владимировна (*Россия, Барнаул*) – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии и гериатрии ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, председатель Алтайского регионального отделения РНМОТ, Заслуженный деятель науки РФ

ОХЛОПКОВ Виталий Александрович (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, профессор, ректор института высшего и дополнительного образования ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии» Минобрнауки России, главный дерматовенеролог АО Группа компаний «Медси»

ПАВЛИНОВА Елена Борисовна (*Россия, Омск*) – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной педиатрии с курсом ДПО, проректор по учебной работе ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

ПАСЕЧНИК Оксана Александровна (*Россия, Омск*) – д-р мед. наук, доцент, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ДПО ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

ПАШКОВ Александр Владимирович (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, заведующий отделом оториноларингологии и сурдологии НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Миннауки России, профессор кафедры оториноларингологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации

ПЕЛЯК Никита Денисович (*Россия, Омск*) – обучающийся стоматологического факультета ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

ПЕТРОВ Владимир Иванович (*Россия, Волгоград*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, президент, заведующий кафедрой клинической фармакологии и интенсивной терапии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист клинический фармаколог Минздрава России, Заслуженный деятель науки РФ, Заслуженный врач РФ, лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники

ПЕТРОВА Алла Германовна (*Россия, Иркутск*) – д-р мед. наук, профессор, руководитель лаборатории инфектологии и иммунопрофилактики в педиатрии отдела педиатрии ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» Минздрава России

ПИСКЛАКОВ Андрей Валерьевич (*Россия, Омск*) – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии, репродуктивной медицины детского возраста ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

ПЛОТНИКОВА Ольга Владимировна (*Россия, Омск*) – д-р мед. наук, доцент, заведующий кафедрой гигиены труда, профпатологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

ПОГОДИНА Анна Валерьевна (*Россия, Иркутск*) – д-р мед. наук, главный научный сотрудник лаборатории педиатрии и кардиоваскулярной патологии отдела педиатрии ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» Минздрава России

ПОДДУБНАЯ Ирина Владимировна (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, заведующий 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), Заслуженный работник высшей школы РФ

ПОЛУШИН Юрий Сергеевич (*Россия, Санкт-Петербург*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, руководитель научно-клинического центра анестезиологии и реаниматологии, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России, Президент Ассоциации анестезиологов-реаниматологов (ААР), Заслуженный врач РФ

ПОНАСЕНКО Ольга Игоревна (*Россия, Санкт-Петербург*) – врач-онколог клинико-диагностического отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

ПОПОВ Сергей Валентинович (*Россия, Томск*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, директор научно-исследовательского института кардиологии ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН», вице-президент Всероссийского научного общества аритмологов, председатель Объединенного ученого совета СО РАН по медицинским наукам, Заслуженный деятель науки РФ, лауреат Национальной премии «Призвание»

ПОПОВА Ольга Владимировна (*Россия, Москва*) – д-р филос. наук, ведущий научный сотрудник, руководитель сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики, ВРИО заместителя директора по научной работе Института философии РАН

ПУЗЫРЕВА Лариса Владимировна (*Россия, Омск*) – д-р мед. наук, доцент, заведующий кафедрой детских инфекционных болезней ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

РАГИНО Юлия Игоревна (*Россия, Новосибирск*) – член-корреспондент РАН, д-р мед. наук, профессор, руководитель Научно-исследовательского института терапии и профилактической медицины – филиала Института цитологии и генетики СО РАН, главный редактор журналов «Атеросклероз» и «Сибирский научный медицинский журнал»

РАДЗИНСКИЙ Виктор Евсеевич (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лулумбы», Заслуженный деятель науки РФ

РАЗУМОВ Александр Николаевич (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, президент ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Заслуженный деятель науки РФ, лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и технологий, лауреат премии РАМН им. Н. А. Семашко

РЕБРОВ Андрей Петрович (*Россия, Саратов*) – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии ЛФ ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Заслуженный врач РФ

РЕШЕТОВ Игорь Владимирович (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, член Президиума РАН, заместитель академика-секретаря, руководитель секции клинической медицины Отделения медицинских наук РАН директор Института кластерной онкологии им. профессора Л.Л. Левшина ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), лауреат Государственной премии Российской Федерации

РОЗОВ Роман Александрович (*Россия, Санкт-Петербург*) – д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры ортопедической стоматологии и материаловедения с курсом ортодонтии взрослых ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И.П.Павлова» Минздрава России, главный врач СПб ГБУЗ «Городская стоматологическая поликлиника № 33», главный внештатный специалист стоматолог Минздрава России в СЗФО

РОЙТБЕРГ Григорий Ефимович (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой терапии, общей врачебной практики и ядерной медицины ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский университет), Заслуженный врач РФ, лауреат премии Правительства Российской Федерации в области образования

РОЙТМАН Евгений Витальевич (*Россия, Москва*) – д-р биол. наук, профессор, профессор кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии ИМД ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский университет), ведущий научный сотрудник отдела лабораторной диагностики ФГБНУ «Российский центр неврологии и нейронаук», Президент Национальной ассоциации специалистов по тромбозам, клинической гемостазиологии и гемореологии, Председатель профильной Комиссии Федерации лабораторной медицины по гемостазиологии

РУМЯНЦЕВ Александр Григорьевич (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, член Президиума РАН, президент ФГБУ «НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, почётный профессор онкологии, гематологии и лучевой терапии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский университет), Заслуженный врач РФ, лауреат Государственной премии Российской Федерации, лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области образования

РУМЯНЦЕВ Сергей Александрович (*Россия, Москва*) – член-корреспондент РАН, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии, гематологии и лучевой терапии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский университет)

РУММО Олег Олегович (*Беларусь, Минск*) – академик МАН Республики Беларусь, д-р мед. наук, профессор, директор ГУ «Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии»

РЫЧКОВА Любовь Владимировна (*Россия, Иркутск*) – член-корреспондент РАН, д-р мед. наук, профессор, директор ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» Минздрава России, лауреат Национальной премии «Призвание»

САВЕЛЬЕВА Ирина Вячеславовна (*Россия, Омск*) – д-р мед. наук, доцент, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №1 ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

САЙФУТДИНОВ Рустам Ильхамович (*Россия, Оренбург*) – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии и эндокринологии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России

СЕЛИМЗЯНОВА Лилия Робертовна (*Россия, Москва*) – канд. мед. наук, заведующая отделом стандартизации и изучения основ доказательной медицины НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Минобрнауки России, доцент кафедры педиатрии и детской ревматологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), доцент кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский университет)

СЕМЕНОВА Наталья Владимировна (*Россия, Омск*) – канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры экстремальной и доказательной медицины ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

СЕМИГЛАЗОВА Татьяна Юрьевна (*Россия, Санкт-Петербург*) – д-р мед. наук, профессор, заведующий научным отделом инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации, профессор отделения аспирантуры и ординатуры, врач-онколог ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

СИМУТКИН Герман Геннадьевич (*Россия, Томск*) – д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»

СИНЕГЛАЗОВА Альбина Владимировна (*Россия, Казань*) – д-р. мед. наук, профессор, заведующий кафедрой поликлинической терапии и общей врачебной практики ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

СКВОРЦОВА Вероника Игоревна (*Россия, Москва*) – член-корреспондент РАН, д-р мед. наук, профессор, руководитель Федерального медико-биологического агентства, главный редактор журнала «Медицина экстремальных ситуаций», главный редактор российского издания международного журнала «Stroke» («Инсульт»), заместитель главного редактора «Журнала неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова», почетный президент Национальной ассоциации по борьбе с инсультом (НАБИ), Заслуженный деятель науки РФ

СКИРДЕНКО Юлия Петровна (*Россия, Москва*) – кандидат медицинских наук, доцент, ученый секретарь секции «Приверженность лечению» Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ)

СНЕЖИЦКИЙ Виктор Александрович (*Беларусь, Гродно*) – иностранный член РАН, член-корреспондент НАН Беларуси, д-р мед. наук, профессор, профессор 1-й кафедры внутренних болезней УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

СМОЛИН Олег Николаевич (*Россия, Москва*) – академик РАО, д-р филос. наук, профессор, первый заместитель председателя Комитета по образованию и науке Государственной Думы Федерального Собрания РФ, Председатель Общероссийского общественного движения «Образование - для всех», Заслуженный работник высшей школы РФ

СОВЕТКИНА Наталья Валентиновна (*Россия, Санкт-Петербург*) – канд. мед. наук, доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, заместитель главного врача по медицинской части СПб ГБУЗ «Городской гериатрический центр», Заслуженный врач РФ

СОРОКИН Михаил Юрьевич (*Россия, Санкт-Петербург*) – канд. мед. наук, ученый секретарь, научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

СОФРОНОВ Александр Генрихович (*Россия, Санкт-Петербург*) – член-корреспондент РАН, д-р мед. наук, профессор, главный врач СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 имени И. И. Скворцова-Степанова», заведующий кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и технологий

СТАСЕНКО Владимир Леонидович (*Россия, Омск*) – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой эпидемиологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

СТРЕМОУХОВ Анатолий Анатольевич (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, профессор, директор Института профессионального образования Ассоциации врачей первичного звена СИРАНО, профессор кафедры терапии и общей врачебной практики ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко»

СУРКОВ Андрей Николаевич (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, профессор РАН, заведующий отделением гастроэнтерологии для детей, заведующий отделом научных основ детской гастроэнтерологии, гепатологии и метаболических нарушений НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Миннауки России, профессор кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский университет)

СУРКОВА Елена Викторовна (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, профессор кафедры эндокринологии №1 ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

СУТУРИНА Лариса Викторовна (*Россия, Иркутск*) – д-р мед. наук, профессор, руководитель отдела охраны репродуктивного здоровья ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» Минздрава России

СТАНОЙКОВИЧ Татьяна (*Сербия, Белград*) – иностранный член РАН, д-р мед. наук, профессор, заведующий отделением экспериментальной онкологии, руководитель лаборатории модификаторов биологического ответа Института радиологии и онкологии Сербии

ТАВАРТКИЛАДЗЕ Георгий Абелович (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой сурдологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

ТАНАШЯН Маринэ Мовсесовна (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, заместитель директора по научной работе, руководитель 1 неврологического отделения ФГБНУ «Российский центр неврологии и нейронаук», руководитель курса неврологии кафедры многофункциональной клинической подготовки факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», профессор кафедры неврологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Заслуженный деятель науки РФ, лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники

ТАХЧИДИ Христо Периклович (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, проректор по лечебной работе, директор Научно-исследовательского центра офтальмологии ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский университет), Заслуженный врач РФ, лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники, лауреат Национальной премии «Призвание»

ТЕТЕНЕВА Анна Валентиновна (*Россия, Томск*) – д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом терапии педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, заместитель главного врача по медицинской части ОГБУЗ Медико-санитарная часть №2, главный внештатный специалист по терапии Департамента здравоохранения Томской области, главный внештатный специалист-пульмонолог Департамента здравоохранения Томской области

ТИХОНОВА Софья Владимировна (*Россия, Саратов*) – д-р филос. наук, д-р юрид. наук, профессор, профессор кафедры теоретической и социальной философии ФГБОУ ВО «Саратовский национальный исследовательский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского», заведующий учебно-научной лабораторией «ЦИФРА»

ТИЩЕНКО Павел Дмитриевич (*Россия, Москва*) – д-р филос. наук, главный научный сотрудник сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики Института философии РАН

ТКАЧЁВА Ольга Николаевна (*Россия, Москва*) – член-корреспондент РАН, д-р мед. наук, профессор, директор обособленного структурного подразделения - Российский геронтологический научно-клинический центр, заведующий кафедрой болезней старения Института непрерывного образования и профессионального развития ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный гериатр Минздрава России, президент Общероссийской общественной организации «Российская ассоциация геронтологов и гериатров

ТОКАРСКАЯ Елизавета Александровна (*Россия, Москва*) – канд. мед. наук, старший научный сотрудник ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. почетного акад. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России

ТОТЧИЕВ Георгий Феликсович (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

ТРЕЗУБОВ Владимир Николаевич (*Россия, Санкт-Петербург*) – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой ортопедической стоматологии и материаловедения с курсом ортодонтии взрослых ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова» Минздрава России, Заслуженный деятель науки РФ

ТУЛУПОВ Роман Витальевич (*Россия, Омск*) – врач-терапевт АСУСО «Драгунский дом-интернат», врач-терапевт, врач-гастроэнтеролог, врач-профпатолог МЦСМ «Евромед»

ТУМЯН Гаяне Сепуговна (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры онкологии и паллиативной медицины им. акад. А.И. Савицкого ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, заведующий отделением химиотерапии гемобластозов ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. Н.Н. Блохина» Минздрава России

ТУТЕЛЬЯН Виктор Александрович (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, заместитель академика-секретаря Отделения медицинских наук РАН, научный руководитель ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», главный внештатный специалист-диетолог Минздрава России, Заслуженный деятель науки РФ, лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники

ТЮРИН Владимир Петрович (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней института усовершенствования врачей ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Заслуженный врач РФ

УЛЬБАШЕВ Даниил Сергеевич (*Россия, Москва*) – канд. мед. наук, ассистент кафедры грудной и сердечно-сосудистой хирургии с курсами рентгенэндоваскулярной хирургии, хирургической аритмологии и хирургических инфекций ИУВ ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Минздрава России

УСОВ Григорий Михайлович (*Россия, Омск*) – д-р мед. наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

УСТИНОВА Наталия Вячеславовна (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, руководитель отдела социальной педиатрии и организации мультидисциплинарного сопровождения детей НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Миннауки России, главный научный сотрудник ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»

ФАДЕЕВ Валентин Викторович (*Россия, Москва*) – член-корреспондент РАН, д-р мед. наук, профессор, профессор РАН, медицинский директор Профессорской клиники эндокринологии и диабета, лауреат премии Правительства Российской Федерации в области образования

ФАХРУТДИНОВА Алия Шавкатовна (*Россия, Казань*) – канд. мед. наук, ассистент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

ФЕДОРИН Максим Михайлович (*Россия, Омск*) – ассистент кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

ФЕДОСЕЕНКО Марина Владиславовна (*Россия, Москва*) – канд. мед. наук, заведующий отделом разработки научных подходов к иммунизации пациентов с отклонениями в состоянии здоровья и хроническими болезнями НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», доцент кафедры факультетской педиатрии ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

ФЕДЯЕВА Влада Константиновна (*Россия, Москва*) – канд. мед. наук, начальник отдела методологии разработки и экспертной оценки клинических рекомендаций ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России, научный сотрудник Центра оценки технологий в здравоохранении Института прикладных экономических исследований РАНХиГС при Президенте РФ

ФОФАНОВА Татьяна Вениаминовна (*Россия, Москва*) – д-р мед. наук, 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

ФУРМАН Евгений Григорьевич (*Россия, Пермь*) – член-корреспондент РАН, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской и госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России

ХАИТОВ Муса Рахимович (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, директор ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России, лауреат премии РАН им. И. И. Мечникова, лауреат премии Правительства Российской Федерации для молодых учёных в области науки и техники

ХЛЫНОВА Ольга Витальевна (*Россия, Пермь*) – член-корреспондент РАН, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии и кардиологии ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России

ХОХЛОВ Александр Леонидович (*Россия, Ярославль*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, ректор ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Председатель Совета по этике научных исследований РАН, председатель Комитета по биоэтике при Комиссии Российской Федерации по делам ЮНЕСКО, главный клинический фармаколог Центрального федерального округа

ХУБУТИЯ Могели Шалвович (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, президент ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗМ», главный внештатный специалист трансплантолог Департамента здравоохранения города Москвы, Заслуженный врач РФ, лауреат Государственной премии Российской Федерации

ЧЕБАНЕНКО Евгений Владимирович (*Россия, Омск*) – старший инженер-программист отдела разработки ООО РусБИТех-Астра

ЧЕРНЕНКО Сергей Владимирович (*Россия, Омск*) – канд. мед. наук, доцент, заведующий кафедрой общей хирургии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

ШАЛЛЕР Карл (*Швейцария, Женева*) – иностранный член РАН, д-р мед. наук, профессор, профессор, заведующий отделением нейрохирургии Медицинского центра и медицинского факультета Женевского университета, член Совета, паст-президент Европейской ассоциации нейрохирургов (IANS)

ШАЯХМЕТОВА Канышай Дженишбековна (*Кыргызстан, Бишкек*) – заместитель декана стоматологического факультета, ассистент кафедры терапевтической стоматологии Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева

ШЕВЧЕНКО Юрий Леонидович (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, президент, научный руководитель ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, заведующий кафедрой грудной и сердечно-сосудистой хирургии с курсами рентгенэндоваскулярной хирургии, хирургической аритмологии и хирургических инфекций ИУВ ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, генерал-полковник медицинской службы, д-р богосл. наук, архимандрит, Заслуженный деятель науки РФ, Заслуженный врач РФ, лауреат Государственной премии Российской Федерации, лауреат Международной премии Майкла Дебейки, лауреат Международной премии Рудольфа Вирхова, лауреат Международной Пироговской премии

ШЕПЕЛЬ Руслан Николаевич (*Россия, Москва*) – канд. мед. наук, заместитель 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 «Российский университет медицины» Минздрава России

ШИРЛИНА Наталья Геннадьевна (*Россия, Омск*) – канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры эпидемиологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

ШОРОВ Кайрат Хамидуллаевич (*Россия, Омск*) – врач стоматолог-терапевт, врач стоматолог-хирург стоматологической клиники «Никадент»

ЯГОДА Александр Валентинович (*Россия, Ставрополь*) – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Заслуженный деятель науки РФ, Заслуженный врач РФ

ЯКУШИН Сергей Степанович (*Россия, Рязань*) – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Заслуженный деятель науки РФ

ЯНУШЕВИЧ Олег Олегович (*Россия, Москва*) – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, ректор ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, президент Общероссийской общественной организации «Общество врачей России», Заслуженный врач РФ, лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники, лауреат премии Правительства Российской Федерации в области образования

Раздел 6

Пациент между правом и ответственностью

Под редакцией академика РАН,
профессора А. А. Гусейнова

ПРАВО ВЫБОРА И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА

Попова О. В., Тищенко П. Д., Антипов А. В.

Комплаентность и проблема восприятия страдания в перспективе первого и третьего лица (перечитывая Л. Н. Толстого)

Ясно и убедительно поставленную проблему обозначил Лев Толстой в повести «Смерть Ивана Ильича»: «Кай - человек, люди смертны, потому Кай смертен... И Кай точно смертен, и ему правильно умирать, но мне, Ване, Ивану Ильичу, со всеми моими чувствами, мыслями, - мне это другое дело. И не может быть, чтобы мне следовало умирать. Это было бы слишком ужасно»[1]. Иными словами – самосознание героя повести Ивана Ильича в ситуации на грани жизни и смерти обнаруживает фундаментальную двусмысленность. С одной стороны, как человек образованный, Иван Ильич вполне согласен с мнением науки и врачей – каждый человек (каждый обобщенный «Кай») смертен. Но проблема в том, что живет и страдает не «Кай», а неповторимый человек – Иван Ильич (Ванечка). Он воспринимает себя как существо абсолютно уникальное – какое отношение к нему имеет среднестатистический «Кай»?

Можно было бы подумать, что эта проблема конца 19 го века, но совсем недавно, проходя мимо одного из лидирующих отечественных медицинских институтов, заметили в закутке группу студентов-медиков, которые обсуждая свои проблемы, курили, передавая из рук в руки пачку сигарет с какой-то очень яркой угрожающей информацией на коробке. Уверены, что у них, как врачей, не было возражений против содержания предупреждения на коробке, но они, как и Иван Ильич, к себе это предупреждение не относили. Это личное наблюдение подтверждают многочисленные данные (не только художественные, но и статистические) – знание о самом себе в третьем лице не мотивирует к адекватному, с точки зрения защиты ценностей здоровья поведению. Как образно выражаются специалисты в области философских проблем морали – орнитологи не летают. Знающий в перспективе третьего лица, т. е. с точки зрения обобщенного «Кая», не вполне относит это знание к себе в перспективе первого лица. Если бы продолжительность и качество жизни людей зависело от их образованности, комплаентности и наличия медицинских ресурсов то можно было бы предполагать, что врачи составляют наиболее благополучную в этом отношении социальную группу. Вместе с тем статистика утверждает обратное.

Как сформулировал канадский исследователь Грег Баски (Greg Basky) – «врач как пациент: лучше информирован, но похож по поведению, в том числе и комплаентности, на всех остальных»[2]. Учитывая низкий социальный статус и тяжелые условия

---

[1] Толстой Л. Н. Смерть Ивана Ильича / Хаджи-Мурат. Повести. М.: Художественная литература. 1980. С. 73.

[2] Basky G. The doctor as patient: better informed but similar in behaviour // *CMAJ* 2019 August 19;191:E9289. doi: 10.1503/cmaj.1095802

труда врачей, эта похожесть оборачивается показательным феноменом: в развивающихся странах (в отличии от США и Великобритании) *продолжительность жизни врачей ниже*, чем продолжительность жизни их пациентов.

В тревожной отечественной журналистской публикации утверждается, что продолжительность жизни российских врачей на 15 лет короче продолжительности жизни их пациентов[3]. Это не случайно. Здоровому образу жизни привержено только 6% сельских и 20 % городских врачей. 74 % сельских и 46 % городских врачей страдает избыточным весом. Почти половина городских врачей и чуть выше трети сельских привычно «снимают стресс» алкоголем и курят. Широко распространены депрессивные психические расстройства. Безусловно – у данного обстоятельства есть свои объяснения и медицинские, и психологические, и экономические[4]. Необходимо так же отметить, что данные в отношении нашей страны носят частичный характер, поэтому доверять им следует с осторожностью, но в контексте нами обсуждаемых проблем, необходимо самым серьёзным образом отнестись к внутрицеховой некомплаентности медицинских работников.

Исследователям проблем приверженности лечению необходимо учесть, что *информированность не мотивирует напрямую поведение людей*. Поэтому некорректно называть *персонализированной* медициной медицину, ориентированную на получение огромных массивов объективной информации, т. е. информации в перспективе третьего лица. В данном случае можно говорить о биологической *индивидуализации*. Персонализация нуждается в важнейшем *преобразовани*и объективной биологической информации в основание и средство личной (персональной) мотивации пациента (в том числе и врача в роли и положении пациента).

Этот фактор имеет огромное значение для понимания глубины и обнаружения «слепых пятен» при обсуждении проблемы комплаентности пациентов. Как может управлять приверженностью лечению и ценностям охраны здоровья субъект сам не вполне в этом отношении управляемый? В чем причины подобного рода самонеуправляемости «поставщиков медицинских услуг»? Повторимся – причины скорее всего разные и их необходимо исследовать комплексно. Но если думать о рекомендациях для исследователей и «поставщиков медицинских услуг», то, прежде всего необходимо исследовать само медицинское сообщество – понять почему ценность здоровья не является основной...

Есть мудрая и, вроде бы очевидная истина, выражаемая поговоркой – «хорошо быть здоровым и богатым ...». Однако, в отношении второй ценности (богатства) давно сложился консенсус – если богатство индивида и общества является единственной общезначимой ценностью, что характерно для эпохи капитализма (в том числе и ее современного варианта – платформенного капитализма), то, с гуманистической точки зрения, такой индивид и такое общество являются не вполне полноценными. Думается, что и в отношении первой ценности – здоровья необходимо проявлять разумную осторожность. Здоровье лишь средство для личной самореализации человека, реализации его основной цели обеспечения благой жизни в справедливых институтах (П. Рикёр).

---

[3] Бровкина М. Российская газета 16 06 2011 URL https://rg.ru/2011/06/17/mediki.html

[4] Соловьева С. Л. Почему врач умирает раньше своих больных // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. – 2023. – Т. 15, No 4. – С. 2. – URL: http://mprj.ru (дата обращения: 10.10.2025).

Ответственность в трансплантологии и психиатрии

На примере трансплантологии и психиатрии мы рассмотрим два «полюса» проблемы комплаентности. Обе упомянутые области упираются в ключевую этическую проблему современной медицины: где проходит грань между поддержкой пациента и контролем над ним?

Современная медицина достигла значительных успехов во многих областях, в том числе и в трансплантологии. Долгосрочный успех трансплантации зависит от многих факторов, не последним среди которых является выполнение предписаний врача и готовность пациента трансформировать свой образ жизни для повышения уровня выживаемости при сохранении качества жизни. Разрешение проблемы комплаентности в трансплантологии в современности носит комплексный характер и включает в себя применения новейших технологий (сенсоров, ИИ и др.). Все это предлагает новые способы поддержки и контроля пациентов, но в то же время поднимает этические вопросы о перераспределении ответственности, агентности и трансформации самого понятия пациента в гибридную систему «человек-технология». При этом ответственность пациента, как за собственное состояние, так и перед обществом, особенно остро проявляется в психиатрии, в рамках которой сама приверженность лечению может быть понята как ответственность, требующая процедуры совместного принятия решений и построения терапевтического альянса.

В контексте развития трансплантологии комплаентность можно рассматривать как систему отношений врача и пациента, врача и ИИ, в которой человек интегрирован в технологический контур контроля и поддержки, направленный на его телесные функции. В трансплантологии комплаентность, будучи направленной на физическое тело, зачастую обеспечивается и модифицируется за счет внешних технологических решений (в том числе, как будет показано ниже, с помощью разрабатываемых сенсоров и приложений). Психиатрия, имея дело с областью психических переживаний, формирует комплаентность как продукт внутреннего, межличностного взаимодействия.

Здесь комплаентность имеет в большей степени диалогический характер: она имеет дело с феноменальным, субъективным опытом пациента, с болезненным миром его психических переживаний. Диалог с врачом осложняется внутренним болезненным диалогом личности. Этот диалог осложнён также тем, что субъект ответственности (Я пациента, его психика) одновременно является и объектом лечения. В этой связи комплаентность выходит за рамки технического следования правилам и становится актом самоопределения личности вопреки болезни, вопреки сопротивлению самого больного процессу лечения.

Проблема комплаентности и новые технологии в трансплантологии[5]

Проблема приверженности лечению (комплаентности) в трансплантологии стоит особенно остро. Несоблюдение пациентом предписаний врача, в частности, связан-

[5] Раздел «Проблема комплаентности и новые технологии в трансплантологии» подготовлен О. В. Поповой при финансовой поддержке гранта РНФ, проект № 23-18-00400 «Смерть, умирание и донорство: междисциплинарное исследование влияния социальных факторов на уход из жизни и развитие трансплантационной помощи».

ных с приемом иммуносупрессивных препаратов, может привести к острой и хронической реакции отторжения пересаженного органа и потере трансплантата. Кроме того, нерешенность проблемы комплаентности существенно увеличивает затраты на здравоохранение и снижают выживаемость пациентов.

Причины, вызывающие снижение комплаентности, связаны с разнообразными факторами — как социально-психологическими, там и экономическими. Так, пациенты могут находиться в состоянии тревожности и отрицания болезни (находясь под воздействием установки: раз орган пересажен, значит, уже здоров), отсутствием поддержки в семье, сложностями самого режима лечения (препараты приходится принимать постоянно, в определенное время), забывчивостью, побочными эффектами препаратов и др. факторами.

В последние годы для решения проблемы комплаентности стали привлекаться новые технологии. ИИ, био- и сенсорные технологии постепенно используются для решения проблемы приверженности лечению.

Проблема приверженности лечению особенно остро стоит в детском возрасте. Дети-пациенты являются особой и очень уязвимой группой. Если они переносят трансплантацию органа, то существует значительный риск несоблюдения ими режима лечения. В особенности речь идет о подростковом возрасте, когда многие дети хотят быть похожими на своих сверстников, такими, как их здоровые сверстника, игнорируют медицинскую составляющую своей жизни и «бунтуют», отказываясь от регулярного приема лекарств, скрывая этот факт от родителей.

Для решения этой проблемы привлекаются и родители, и психологи, адаптирующие детей к особенностям жизни после пересадки органов. В последние годы также разрабатываются медицинские технологические системы, позволяющие контролировать прием лекарств.

Так, американская медицинская компания Children's Health запустила пилотный проект по использованию проглатываемых сенсоров Proteus для мониторинга приёма иммунодепрессантов детьми после трансплантации печени и почек.

Таблетка содержит внутри проглатываемый сенсор, который при контакте с желудочным соком активируется и посылает сигнал на пластырь-приемник на коже пациента. Пластырь фиксирует время приема и передает данные в приложение на смартфоне, а затем лечащему врачу. Технология проглатываемых сенсоров, передавая данные в облачную систему для анализа, позволяет собрать объективные данные о соблюдении режима лечения, оперативно реагировать на пропуски приема лекарств и предотвращать отторжение трансплантата[6].

Использование подобных сенсоров свидетельствует об интенсивном развитии тенденции умного технологического управления здоровьем. Сенсоры во взаимодействии с системой здравоохранения выполняют здесь три основных задачи: сбор объективных данных, оперативное реагирование (на сигналы тревоги, вызванные нарушением режима лечения), предотвращение отторжения. При этом тело пациента превращается в объект управления, а сенсор является высокоточным инструментом этого управления.

Рассматривая данный феномен можно обратить внимание на то, что сенсоры, размещенные в теле, несут с собой заложенную разработчиками агентность, квазиисходящую от органов человеческого тела. Возникает парадоксальная гибридизация

[6] Умные пилюли Proteus для детей после трансплантации URL: https://evercare.ru/Proteus-Ingestible-Event-Monitor?ysclid=mgnsor21nk778753341

агентности, реализуемая как минимум на двух уровнях — самого субъекта, выступающего носителем интенций, ответственности, принятия решений о своем здоровье, и технического артефакта — особой онтологической единицы, с присущей ей медикализированной агентностью, выполняющей роль порученца по таким конкретным медицинским вопросам, как своевременный прием лекарственных препаратов.

Возникает интересная ситуация удвоения человеческого тела: сенсор, передавая полученные данные от тела и присваивая себе часть агентности, обретает идентичность технологического голоса, которому делегированы функции репрезентации состояний тела.

Кроме того, в этом случае имеет место феномен диффузии контроля. Функция контроля за приемом лекарственных средств смещается с пациента на техническую систему. Это придает феномену комплаентности новые черты: он уже связан не только с дисциплиной пациента, его собранностью, отражающей его характер и психологические установки, в конечном итоге, его доверием медицине, но размещен в распределенной сети «пациент-сенсор-облако-врач». С точки зрения этики описанный пример позволяет также зафиксировать формирующийся технологический парадокс медицины будущего, когда агентность технологии (сенсоров, размещенных в теле человека) рассматривается как более надежная, чем агентность самого пациента (его память и волевые качества подвергаются сомнению). Поэтому создаваемый контур управления имеет дело уже не с обычным пациентом, а с технологическим пациентом, чье тело — гибридно, и чье решение распределено между ним и машиной (сенсором).

Более простыми примерами, иллюстрирующими попытки решения проблемы приверженности лечению, являются приложения, напоминающие о необходимости приема лекарств.

Они могут отправлять уведомления на телефон пациента, напоминая о необходимости принять лекарства. Подобные приложения (например, популярным является приложение Medisafe) позволяют пациентам создавать индивидуальные лекарственные схемы, вести журналы здоровья, записывая свои симптом и фиксируя результаты анализов, делиться имеющейся информацией с врачами или с близкими пациента, формируя социальную сеть поддержки, которая дополнительно будет стимулировать пациента принимать лекарства.

Кроме того, в подобных приложениях может быть встроена функция оповещения о взаимодействиях между разными лекарствами, что позволяет повышать безопасность приема лекарств.

Кроме того, системы удаленного мониторинга жизненных показателей позволяют врачам вовремя корректировать схему лечения.

Все большую популярность приобретают мобильные устройства для взятия крови на дому самим пациентом (такие, как система Tasso+, одобренное в 2022 FDA), которые для многих пациентов упрощают и снимают психологическую нагрузку, связанную с этой процедурой, и могут позволить, в частности, дать представление о концентрации иммуносупрессоров в крови пациента.

Кроме соблюдения режима приема лекарств приверженность лечению зачастую связана с существенной коррекцией образа жизни.

Например, в трансплантологическом контексте активно обсуждаются случаи пересадки органов (прежде всего печени) больным алкоголизмом, и могут высказываться мнения, что такие пересадки не являются целесообразными[7].

Так, американский трансплантолог Дж. Мезрич, рассматривая разные категории пациентов, ожидающих трансплантации печени, в том числе упоминает тех, кто имеет вторичные заболевания печени, в частности, в связи с алкоголизмом. Рассматривая их в качестве одних из самых распространенных причин для пересадки органов, он отмечает, что они не должны смещать на периферию первичные заболевания печени, такие, как алкоголизм, поскольку их можно было предотвратить и их наличие зависит от воли самого субъекта, его решения. Он пишет так: «Я без каких-либо трудностей могу пересадить печень алкоголику, который не воздерживался в течение шести месяцев, при условии, что его поддерживает семья, а он сам осознает свою проблему и готов измениться»[8].

Вместе с тем он подвергает критике идею «взвешивания» заболеваний, поскольку она зачастую основана на учете биографической контекстуальности (как в случае с алкоголизмом), игнорируя принцип равенства. Он задается вопросом о том, не пойдем ли мы против этических норм, «если мы разработаем систему распределения трансплантатов, в которых будем оценивать заболевания по-разному?»[9] .

Действительно, рассматривая случай пересадки печени, очевидно, что употребление алкоголя приводит к токсическому поражению и отторжению органа (именно такие случаи рассматривает Мезрич), что сводит на нет все усилия хирургов и вызывает гибель пациента. В отношении таких пациентов констатируется низко прогнозируемая комплаентность.

В этой связи возникает резонный вопрос — в ситуации дефицита органов резонно ли отдать конкретную печень человеку, чье заболевание обусловлено его образом жизни, его собственным выбором? Однако в случае положительного ответа неизбежно возникают следующие вопросы: должны ли мы отказывать тогда и пациентам, имеющим другие заболевания (например, курильщикам с раком легкого)? Каких критериев придется придерживаться врачу в ситуации решения о распределении донорских органов?

Все эти вопросы, в этическом отношении ведут еще к более сложному вопросу: имеет ли врач право менять медицину таким образом, чтобы она уподобилась своего рода обличительной инстанции?

Для Дж.Мезрича, несмотря на глубокое освещение данной проблемы и понимании ее сути на своем опыте, отказ в лечении все же расценивается в качестве формы дискриминации по признаку заболевания.

Возможны и другие решения, которые искажают принцип равного доступа.

Так, в некоторых странах выбирают взвешенный компромиссный вариант, когда пересаживают печень пациенту со склонностью к алкоголизму только в случае, если он прошел лечение от алкоголизма, и придерживался установленного периода трезвости.

---

[7] См.: Мезрич Дж. **Когда смерть становится жизнью. Будни врача-трансплантолога. М.: Бомбора, 2023.** С. 298.

[8] Мезрич Дж. **Когда смерть становится жизнью. Будни врача-трансплантолога. М.: Бомбора, 2023.** С. 298.

[9] Там же. С. 300.

Однако такой подход не является универсальным. В настоящее время многие страны стараются алгоритмизировать систему распределения органов. Принятие решения о распределении при этом, со временем, очевидно, будет лежать на ИИ. Однако заложенные в ИИ человеческие предвзятости и неверные данные могут исказить право на справедливый доступ к органам.

Подчеркнем, что рассмотренные выше примеры решения проблем с комплаентностью не носят радикального характера. В целом, усиливая результативность пересадки органов они не меняют основной вектор медицинской заботы по отношению к пациенту, обусловленной борьбой с отторжением трансплантата.

Этот вектор можно охарактеризовать как *пожизненную «борьбу с отторжением»*, в том числе косвенно осуществляемую в последние годы при поддержке технологических средств (рассмотренные выше сенсорные технологии, технологии удаленного мониторинга, медицинские приложения и др.).

В рамках этой стратегии пациент, постоянно принимающий иммуносупрессивную терапию, выступает в роли беспрекословного исполнителя приказов (рекомендаций) врача, чтобы не проиграть пожизненную войну с болезнью.

Рассмотренные меры по повышению комплаентности могут быть рассмотрены как адаптационные стратегии в рамках существующей парадигмы трансплантологии. Позволяя усилить результативность пересадки, они не способны отменить фундаментальный конфликт между телом пациента и чужеродным органов.

Однако будущее трансплантологии и будущий модус поведения самого пациента могут быть существенно иными.

В последние годы проводятся исследования, связанные с индукцией толерантности, позволяющей окончательно разобраться с самым существенным аспектом комплаентности в трансплантологии — пожизненным приемом иммуносупрессивных препаратов — и перевести медицинскую заботу из режима пожизненного медицинского контроля над чужеродным органом и управления рисками отторжения органа в режим полного излечения.

Вот несколько примеров.

Уже начинают использоваться органы генетически модифицированных свиней, которые все больше похожи на человеческие, и все меньше отторгались иммунной системой человеческого организма. Биотех-компании Genesis United Therapeutics готовятся начать масштабные клинические испытания в этой области (по информации на сентябрь 2025 г.)10.

С другой стороны, в октябре 2025 был совершен прорыв в создании метода, позволяющего делать донорские органы совместимыми с любой группой крови11.

Еше одно направление — генное редактирование донорских органов с целью снижения отторжения. Так, в Китае началось клиническое исследование по трансплантации почек, отредактированных технологией CRISPR-Cas9. Ученые

---

[10] Colaco A.FDA clears trials as pig kidney transplants show fresh promise Url: https://www.perthherald.com/news/278563538/fda-clears-trials-as-pig-kidney-transplants-show-fresh-promise (дата обращения 13.10.2025)

[11] Человеку впервые пересадили почку с универсальной группой крови https://naukatv.ru/news/pervaya_peresadka_cheloveku_pochki_modifitsirovannoj_dlya_polucheniya_universalnoj_gruppy_krovi (дата обращения 13.10.2025)

используют данную технологию для создания «гипоиммуногенных» донорских органов[12].

В случае успеха данных и подобных исследований в трансплантологии будет осуществлен радикальный прорыв в отношении проблемы комплаентности.

Ответственность пациента в психиатрии

Психиатрия отличается от других областей медицины тем, что врачи в психиатрии несут ответственность по защите общества от тех, кто представляет собой риск насилия вследствие психического расстройства[13], что реализуется в доминировании патерналистского подхода в условиях стационаров[14]. Однако смена парадигмы в области медицины, которая связана с отходом от традиционно патерналистской модели и смещением в сторону автономии, поднимает вопрос об ответственности пациента как за свое здоровье, так и за благополучие окружающих. Вопрос об ответственности и праве выбора становится актуальным в связи с тем, что количество мест в стационарах сокращается, а многие заболевания рассматриваются как излечимые в амбулаторных условиях[15]. Так, пациент с психиатрическим расстройством, по отношению к которому применяется автономная модель, начинает обладать правом выбора следовать лечению или отказаться от него, что влечет за собой ответственность как в отношении здоровья самого пациента, так и в отношении благосостояния его близких. Ответственность в таком случае концептуализируется как ответственность перед собой и перед другими, как близкими, так и обществом в целом. Поэтому предлагается рассмотреть приверженность лечению именно как ответственность.

Приверженность лечению как ответственность

Уход, ориентированный на потребности человека, в психиатрии приобретает новое звучание, поскольку активно поднимает проблемы ответственности, состоящую из трех частей: способность человека с психиатрическим расстройством вообще брать на себя ответственность, как медицинские работники могут разделить с ним ответственность и дилемма ответственность-вина[16]. Способность изменять свое поведение в соответствии с требованиями и принимать терапию может быть охарактеризовано как ответственное отношение к себе, однако именно в психиатрии уровень приверженности лечению достаточно низок.

Для психиатрии важно еще одно разделение, которое связано со способностью вообще нести ответственность, что связано с представлением о дееспособности. В самом широком виде дееспособность определяется как способность приобретать

---

[12] CRISPR-Edited HLA Donor Kidney Transplant to Reduce Rejection Risk URl: https://ichgcp.net/clinical-trials-registry/NCT07053462?ysclid=mgp3dfemrf103766093 (дата обращения 13.10.2025)

[13] Welsh S., Deahl M. P. Modern psychiatric ethics // The Lancet. 2002. Vol. 359. No. 9302. P. 253-255.

[14] Pelto-Piri V., Engström K., Engström I. Paternalism, autonomy and reciprocity: ethical perspectives in encounters with patients in psychiatric in-patient care // BMC medical ethics. 2013. Vol. 14. No. 1. P. 49.

[15] Гурович И. Я. Состояние психиатрической службы в России: Актуальные задачи при сокращении объема стационарной помощи // Социальная и клиническая психиатрия. Т. 22. №. 4. 2012. С. 5.

[16] El-Alti L. Shared decision making in psychiatry: dissolving the responsibility problem // Health Care Analysis. 2023. Vol. 31. No. 2. P. 65-80.

права и обязанности, что включает в себя способность вступать в договорные обязательства, в соответствии с которыми человек приобретает права, но на него также налагаются обязанности. Некоторые психиатрические заболевания приводят к утрате (полной или частичной) дееспособности[17], что делает невозможным возложение ответственности в юридическом смысле.

Ответственность без вины

Когда мы говорим об ответственности, необходимо различать добровольное и непроизвольное поведение. Добровольность в данном случае понимается как способность выбора, а также обладание определенной степенью контроля[18]. Способность совершения выбора представляет собой одно из условий возложения как юридической, так и моральной ответственности. Однако заболевание в некоторых случаях поражает способность человека совершать выбор как таковой, поскольку его выбор становится продиктован патологическими процессами, происходящими в его психике и/или мозге. Но не только. Соматические заболевания (например, некоторые виды новообразований надпочечников, которые вызывают немотивированный и чрезмерный выброс гормонов[19]) способны также влиять на поведение человека, делая его более подверженным аффектам.

Ханна Пикард проводит различие между случаями, в которых человек «может, но не делает» и «хочет, но не может»[20]. Она указывает, что существует разница между возможностью воздерживаться от проблемного поведения, но иногда не делать этого, с одной стороны, и желанием воздерживаться от того же поведения, но не иметь возможности сделать это, с другой стороны. Основываясь на этом различии, Пиккард обосновывает взгляд, согласно которому ответственность не должна быть ассоциирована с виной. Пиккард указывает, что констатация и возложение ответственности не должны быть равны эмоциям, а именно — вине. Ответственность, как она указывает, является констатацией факта и признанием того, что в момент совершения действия человек обладал достаточным уровнем свободы и контроля, чтобы поступить иначе. При этом он с необходимостью должен осознавать, что его действия способны приводить к определенного рода последствиям, которые могут быть в том числе негативными. Ключевым в данном случае является понимание, что у человека была возможность совершения иного действия, то есть был выбор. Констатация ответственности в такой парадигме означает потенциальную возможность изменений и того, что человек способен исправить свое поведение и привести его в соответствие правилам. Но такая констатация не равна вине.

Вина представляет собой факт оценки некоторого события, субъективное состояние и отношение человека к совершенному деянию. Но если вина является состоя-

---

[17] ГК РФ Статья 29. Признание гражданина недееспособным // "Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая)" от 30.11.1994 N 51-ФЗ

[18] Pickard H. Responsibility without blame: therapy, philosophy, law // Prison Service Journal. Vol. 213. 2014. P. 10–16.

[19] Феохромоцитома: симптомы, диагностика, лечение. URL: https://endoinfo.ru/theory_pacients/nadpochechniki/feokhromotsitoma-simptomy-diagnostika-lechenie.html

[20] Pickard H. Choice, deliberation, violence: Mental capacity and criminal responsibility in personality disorder // International Journal of Law and Psychiatry. Vol. 40. 2015. P. 15–24.

нием внутренним, то виновность обозначает внешний контур воздействия на человека, который включает в себя как спектр негативных эмоциональных реакций (таких как гнев и презрение), суждения о личности человека (применение к нему отрицательных характеристик), а также действия, которые направлены на наказание.

Подобного рода осуждение усугубляет существующую проблему, которая связана с «порочным кругом»: указание на виновность вызывает ответную негативную реакцию, которая не позволяет полноценно принять совершенный поступок и минимизировать его последствия. Происходит циклическое возвращение к негативным эмоциям, а не к самому поступку.

При этом возможна другая ситуация, которая характерна для истории психиатрии: снятие ответственности и вины вследствие наличия психического расстройства. В рамках описанной парадигмы такое положение дел также вредно, поскольку происходит лишение человека права на — пусть даже возможное — самоопределение. Полное снятие ответственности и превращение расстройства в оправдание выводит за границы возможных действий потенциальное изменение поведения и осознание тяжести совершенного поступка.

Ответственность без вины обозначает пространство, в котором возможно изменение, что может напоминать концепцию религиозного искупления. Но искупление возможно только при покаянии, то есть при осознании своего поступка. Ответственность без вины позволяет признать негативные последствия действия определенного человека, но не экстраполировать эффект этих последствий на характеристики личности, что следует обозначить максимой: человек — это не сумма последствий его поступков.

Осознание болезни как условие

Для признания ответственности необходимо не только осознание поступка, но и осознание самого факта болезни, признание того, что болезнь способна определенным образом трансформировать представления, взгляды, восприятие и проживание событий. Приверженность, понятая как ответственность, отсылает к концепции инсайта. Инсайт определяется как осознание пациентом собственного психического расстройства. В данном случае инсайт определяется не просто как рациональная способность к пониманию, но сложное ментальное состояние, в которое входят три основные компонента: способность распознавать свои симптомы (например, бред, галлюцинации) как проявления расстройства, а не как часть нормального опыта или внешнего воздействия; выраженное согласие с медицинским диагнозом и признание необходимости лечения.

Осознание факта заболевания невозможно без определенного рода критической способности, которая также проявляется в трех аспектах: по отношению к собственным суждениям, по отношению к своей личности в целом, по отношению к своим психопатологическим переживаниям. Последнее ярче всего обозначает, что человек понимает, что то, что он в данный момент слышит, видит или каким-либо образом воспринимает, является эффектом его расстройства.

В рамках обзора[21] указывается, что осознание болезни является необходимым, но недостаточным условием приверженности лечению, и даже осознание наличия расстройства не всегда гарантирует прием препаратов и/или изменение образа жизни. Также возможна обратная ситуация, при которой происходит прием лекарств, однако осознания болезни не происходит, что возможно в условиях «подчинения авторитету». С. Милгрэм в серии своих экспериментов[22] показал, что исполнение указания возможно благодаря признанию авторитета того, от кого оно исходит. Эксперименты С. Милгрэма состояли в исследовании того, насколько далеко испытуемые, находящиеся в ситуации «подчинения авторитету» (т.е. исследователю), готовы зайти в причинении боли другому человеку. Данный феномен проявляется в том числе в перекладывании ответственности на другого, исследователя или врача. Использование патерналистской модели, при которой врач самостоятельно принимает решения относительно блага пациента, позволяет пациенту не нести полную ответственность за то, что с ним происходит. Модель автономии исправляет эту ситуацию, однако она может быть психологически неприятна и вызывать отторжение, поскольку принятие ответственности в том числе за собственное состояние означает взваливание на себя дополнительного обременения.

Инсайт является сложным и многогранным психологическим феноменом, отсутствие которого может быть следствием не только болезни, но и защитной реакцией личности на нее. Поэтому требуется кропотливая работа по формированию терапевтического альянса, которая направлена на проработку защитных механизмов и создание условий, в которых признание болезни не будет угрожать личности пациента[23].

Роль терапевтического альянса: ответственность как совместная конструкция врача и пациента. Модель совместного принятия решения

Расширение прав неизбежно приводит к увеличению сферы ответственности. Поэтому возможность самостоятельно определять, как границы допустимых вмешательств, так и способов достижения благополучия связано с дополнительной ответственностью за собственное состояние. Формирование биоответственного субъекта, который бы полностью отвечал за свое состояние, является продолжением модели автономии. Однако существует синтетическая позиция, которая учитывает нюансы, связанные с тем, что практики экспертирования себя непрофессионалами могут быть контрпродуктивны. Пациент, не являющийся врачом, не способен полноценно принимать решения, ему необходима помощь специалиста. На этом основана концепция совместного принятия решений.

Концепция совместного принятия решений в психиатрии обозначает подход, при котором врач и пациент совместно обсуждают возможные варианты лечения,

---

[21] Алиева Л. М., Солохина Т. А. Социально-психологические факторы комплаентности больных шизофренией // Психиатрия. 2020. Т. 18. №. 2. С. 71-81.

[22] Милгрэм С. Подчинение авторитету: Научный взгляд на власть и мораль. Альпина нон-фикшн. 2023.

[23] Алиева Л. М., Солохина Т. А. Социально-психологические факторы комплаентности больных шизофренией // Психиатрия. 2020. Т. 18. №. 2. С. 71-81.

учитывая не только медицинские показания, но и ценности, предпочтения и жизненные обстоятельства пациента. Для данной концепции характерно использование функционального подхода. Функциональный подход в рассмотрении психического заболевания рассматривает расстройство в качестве динамичной системы[24], что позволяет учитывать изменчивость состояния и индивидуальность переносимого состояния (болезни), а также делает возможным не исключать возможность применения категории ответственности к носителю психиатрического расстройства. Применение подобного взгляда позволяет учитывать изменяющиеся обстоятельства, но, что выглядит наиболее важным, пересматривать уже достигнутые договоренности и принятые решения.

Основанием концепции совместного принятия решения является признание того, что врач и пациент выступают в качестве равных партнеров, каждый из которых привносит свою часть: пациент делится своим опытом, выражает свои тревоги и обозначает ценности и предпочтения, в то время как врач предоставляет свою экспертизу и предлагает варианты проводимого лечения. Такой отход от патерналистской модели позволяет усилить чувство самостоятельности и более полно реализовать принцип автономии, поскольку пациент чувствует себя частью процесса собственного лечения, а не предстает пассивным объектом вмешательства. При этом уровень вовлечённости пациента может варьироваться в зависимости от его состояния, симптомов и функциональных возможностей в конкретный момент: от информированного согласия до полного совместного принятия решений[25].

***

Проблема комплаентности, которая в рамках данного раздела рассмотрена сквозь призму трансплантологии и психиатрии, является не локальным, но системным явлением, которое требует внимания не только со стороны врачей, но и других специалистов, в том числе гуманитарного профиля, таких как философы и этики. Использование новейших технологий приводит к формированию телесности, которая становится гибридным объектом управления, а личная агентность и ответственность разделяются с техническими устройствами. Это ставит перед обществом сложные этические вопросы о доверии, приватности и новом качестве медицинского контроля. При этом комплаентность может быть понята как ответственность, и возможным проводником для формирования такой ответственности выступает терапевтический альянс и модель совместного принятия решений, в которых пациент из пассивного объекта вмешательства превращается в активного субъекта, разделяющего ответственность за свое здоровье и благополучие.

[24] Szmukler G. When psychiatric diagnosis becomes an overworked tool // Journal of Medical Ethics. 2014. Vol. 40. No. 8. P. 517-520.

[25] El-Alti L. Shared decision making in psychiatry: dissolving the responsibility problem // Health Care Analysis. 2023. Vol. 31. No. 2. P. 65-80.

Литература

1. Алиева Л. М., Солохина Т. А. Социально-психологические факторы комплаентности больных шизофренией // Психиатрия. 2020. Т. 18. №. 2. С. 71-81.

2. Бровкина М. Российская газета 16 06 2011 URL https://rg.ru/2011/06/17/mediki.html

3. ГК РФ Статья 29. Признание гражданина недееспособным // "Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая)" от 30.11.1994 N 51-ФЗ.

4. Гурович И. Я. Состояние психиатрической службы в России: Актуальные задачи при сокращении объема стационарной помощи // Социальная и клиническая психиатрия. Т. 22. №. 4. 2012. С. 5-9.

5. Мезрич Дж. Когда смерть становится жизнью. Будни врача-трансплантолога. М.: Бомбора, 2023. С. 298.

6. Соловьева С. Л. Почему врач умирает раньше своих больных // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. – 2023. – Т. 15, No 4. – С. 2. – URL: http://mprj.ru (дата обращения: 10.10.2025).

7. Толстой Л. Н. Смерть Ивана Ильича / Хаджи-Мурат. Повести. М.: Художественная литература. 1980.

8. Умные пилюли Proteus для детей после трансплантации https://evercare.ru/Proteus-Ingestible-EventMonitor?ysclid=mgnsor21nk778753341 (дата обращения 13.10.2025)

9. Феохромоцитома: симптомы, диагностика, лечение. URL: https://endoinfo.ru/theory_pacients/nadpochechniki/feokhromotsitoma-simptomy-diagnostika-lechenie.html (дата обращения 13.10.2025)

10. Человеку впервые пересадили почку с универсальной группой крови https://naukatv.ru/news/pervaya_peresadka_cheloveku_pochki_modifitsirovannoj_dlya_polucheniya_universalnoj_gruppy_krovi (дата обращения 13.10.2025)

11. Basky G. The doctor as patient: better informed but similar in behaviour // CMAJ 2019 August 19;191:E9289. doi: 10.1503/cmaj.1095802

12. Colaco A.FDA clears trials as pig kidney transplants show fresh promise Url: https://www.perthherald.com/news/278563538/fda-clears-trials-as-pig-kidney-transplants-show-fresh-promise (дата обращения 13.10.2025)

13. CRISPR-Edited HLA Donor Kidney Transplant to Reduce Rejection Risk URl: https://ichgcp.net/clinical-trials-registry/NCT07053462?ysclid=mgp3dfemrf103766093 (дата обращения 13.10.2025)

14. El-Alti L. Shared decision making in psychiatry: dissolving the responsibility problem // Health Care Analysis. 2023. Vol. 31. No. 2. P. 65-80.

15. Pelto-Piri V., Engström K., Engström I. Paternalism, autonomy and reciprocity: ethical perspectives in encounters with patients in psychiatric in-patient care // BMC medical ethics. 2013. Vol. 14. No. 1.

16. Pickard H. Choice, deliberation, violence: Mental capacity and criminal responsibility in personality disorder // International Journal of Law and Psychiatry. Vol 40. 2015 P. 15–24.

17. Pickard, H. Responsibility without blame: therapy, philosophy, law // Prison Service Journal. Vol. 213. 2014. P. 10–16.

18. Szmukler G. When psychiatric diagnosis becomes an overworked tool // Journal of Medical Ethics. 2014. Vol. 40. No. 8. P. 517-520.

19. Welsh S., Deahl M. P. Modern psychiatric ethics // The Lancet. 2002. Vol. 359. No. 9302. P. 253-255.

МЕДИЦИНА И ОБЩЕСТВО: ПУБЛИЧНЫЕ КОММУНИКАЦИИ В 6П-МЕДИЦИНЕ

Гришечкина Н. В., Тихонова С. В.

Развитие медицины как социального института невозможно рассматривать вне контекста общественных (публичных) коммуникаций, формирующих доверие, ответственность и участие граждан в сохранении здоровья. С начала XX века медицина становится не только областью научного знания, но и пространством общественного взаимодействия, где информация, убеждение и диалог превращаются в инструменты профилактики и оздоровления. Становление публичных коммуникаций раскрывается как их эволюция от санитарного просвещения к современным цифровым стратегиям, через роль медиа, искусственного интеллекта и агентности пациента в формировании новой модели взаимодействия медицины и общества.

Формирование публичных коммуникаций в медицине: от санитарного просвещения к массовым медиа

Просвещение населения в отношении вопросов здоровья как важная социальная практика начинает развиваться с середины XIX века, когда вследствие урбанизации возникают новые причины распространения инфекционных заболеваний и сразу несколько ученых в разных странах (Э. Чедвик в Великобритании, Л. Шаттак в США) обращают внимание на связь между необразованностью населения и уровнем общественного здоровья. В поле научного исследования проблема профилактики заболеваний посредством влияния на поведение населения через его просвещение вошла в начале XX века на волне утверждения микробной теории болезней в научном сообществе.

Основатель Департамента общественного здравоохранения в Йельской медицинской школе Чарльз Эдвард Амори Уинслоу в 1916 году отметил, что борьба за общественное здоровье может быть выиграна только путем распространения знания о том, чем заболевание вызвано и как его можно предотвратить [1, 806]. Несмотря на то, что Ч. Уинслоу непосредственно не использовал термин «публичные коммуникации в медицине», он инициировал начало развития этого направления через такие проблемы как культура физического воспитания, реклама общественного здравоохранения, социально-гигиеническое воспитание, санитарное воспитание, народное санитарное просвещение, школьное санитарное просвещение, общественное санитарное просвещение и пропаганда здоровья.

С ростом популярности газет и журналов с начала XX века они начинают использоваться как инструменты популяризации идей общественного здравоохранения. В 1910 году было опубликовано первое исследование медиа-эффектов Ф. Фентона, в котором на основании данных анкетирования и контент-анализа были сделаны выводы о влиянии новостного контента на поведение населения. [2] Как отмечает

М. Джонс, газета очень быстро стала «основным средством распространения информации» [3] для общественного здравоохранения и наиболее часто используемым инструментом рекламы общественного здравоохранения. Реклама стала интенсивно использоваться в национальных кампаниях по борьбе с различными заболеваниями, например, туберкулезом. Вскоре для этих же целей стали использовать кинофильмы. Первый кинофильм, направленный на профилактику заболеваний, был снят в 1910 г. в рамках противотуберкулезного движения. [4]

С 1910 года начинают выпускаться кинофильмы, направленные на формирование стратегий здоровьесбережения в отношении социально значимых заболеваний (полиомиелит, гигиена полости рта, охрана здоровья детей и т.д.) Это было предысторией возникновения такой публичной коммуникативной стратегии общественного здравоохранения как эдьютейнмент, которая получила свою теоретическую разработку спустя полвека в трудах М. Сабидо.

Понятие общественное здравоохранение стало включать в себя в качестве неотъемлемого элемента санитарное просвещение [5]. Публичные коммуникации в медицине начинают использоваться как практический инструмент изменения образа жизни, привычек людей в направлении достижения целей общественного здравоохранения. Использование средств массовой информации, медиа инструментов как средств публичных коммуникаций по вопросам здоровья приводит к выходу санитарного просвещения в более широкое социальное пространство и связи с иными целями. Рекламный потенциал средств массовой информации влияет на саму медицинскую информацию, которая становится предметом «продажи» уникального «продукта», которым является здоровье. Публичные коммуникации в медицине с начала XX века объединяют в себе несколько функций – просвещение (распространение информации о здоровье), реклама продуктов здоровья и их продвижение. Таким образом, образовательная, популяризаторская и маркетинговая функции изначально присущи публичным коммуникациям в медицине. [6]

Использование средств массовой коммуникации в целях общественного здравоохранения инициирует исследования по подтверждению их эффективности, которые начинают распространяться с 1920 гг. Профессор социологии Томас Элиот в своей статье, опубликованной в Американском журнале здравоохранения, написал, что для успешности кампаний в области здравоохранения одних только медицинских знаний недостаточно [7, 523], необходимо использовать инструменты социальной психологии и социального контроля. Профессор психологии Йельского университета Эдвард Робинсон обосновывал необходимость проведения систематических тестов и экспериментов перед каждой кампанией в сфере общественного здравоохранения с целью проверки ее результатов. [8]

Научные исследования результатов кампаний общественного здравоохранения выявили необходимость формирования терминологического аппарата для достоверной оценки эффективности кампаний. Научный подход к публичным коммуникациям в медицине позволил разграничить элементы образования и пропаганды здоровья. Публичные коммуникации в медицине с образовательной целью должны опираться на факты, то есть быть научно обоснованными. [9]

Результаты исследований эффективности использования публичных коммуникаций в целях общественного здравоохранения продемонстрировали общий вывод – влияние популяризации медицинской информации на изменение поведения человека не было подтверждено [10]. Не было найдено никаких доказательств прямого влияния медиа контента, в том числе фильмов о здоровье на формирование целевого

поведения аудитории в отношении здоровья. Это послужило поводом для поиска новых подходов и изучения факторов влияния на поведение человека в отношении здоровья средствами публичных коммуникаций.

Наука, общество и междисциплинарные основания медицинских коммуникаций

В середине XX века этот поиск осуществлялся на междисциплинарных основаниях. Развитие профилактической медицины, общественной гигиены, а также таких средств коммуникации как радио и телевидение делали возможным вовлечь массовую аудиторию в пространство публичных коммуникаций в отношении здоровья. Развитие социальной психологии, исследования социальных норм, групповой динамики [11] значительно расширили представления о социально-психологических факторах, влияющих на изменение поведения.

От обобщенного представления о невежественности и необразованности населения в вопросах медицины и общественного здоровья и выстраивания публичной коммуникации на данных основаниях, стратегии здравоохранения переориентируются на конкретные целевые аудитории с определенными характеристиками, которые нужно учитывать при разработке коммуникационных стратегий.

Исследование изменения пищевых привычек, проведенное К.Левиным во время второй мировой войны, показало, что эффективность разных форматов публичных коммуникаций, таких как лекции и групповые дискуссии значительна. Задача исследования заключалась в переориентации пищевых предпочтений американцев с мяса на субпродукты, которые воспринимались основной массой населения как собачий корм. Распространение информации об энергетической ценности субпродуктов, способах их приготовления в форме лекций достигало 3% эффекта от численности аудитории, формат групповых дискуссий демонстрировал 30% эффект применения полученных знаний. Таким образом, вовлеченность аудитории в процесс обсуждения, возможность получить обратную связь повышали эффективность публичных коммуникаций, направленных на формирование здоровьеориентированного поведения. Важным результатом данного исследования стало описание «эффекта привратника», который определяет объем информации в коммуникационном потоке и таким образом влияет на эффективность коммуникаций, направленных на изменение поведения. В исследовании К. Левина в роли привратников выступали домохозяйки, которые влияли на изменение пищевых привычек своей семьи. Кроме того, данное исследование можно рассматривать как заложившее начало развития теории фасилитации (совокупности теоретических и методологических принципов, направленных на облегчение, упрощение коммуникации между медицинскими работниками, врачами и пациентами и т.д.). Эффективность групповых обсуждений в данном эксперименте напрямую зависела от ведущего групповых дискуссий (фасилитатора), задачей которого было донести в упрощенной форме информацию медицинского характера до женщин-домохозяек таким образом, чтобы убедить их в необходимости изменения пищевых привычек. Дальнейшее развитие публичных коммуникаций в медицине демонстрирует включение теории фасилитации в качестве необходимого теоретического основания коммуникационных исследований в медицине. В рамках культурной антропологии, в исследованиях М. Мид, была установлена связь между пищевыми привычками и социокультурными характеристиками сообщества, доказано,

что особенности культуры и социальных взаимодействий оказывают влияние при изменении привычек питания. В своем отчете «Проблема изменения пищевых привычек» М. Мид в качестве основной рекомендации для публичных коммуникаций, направленных на изменение пищевого поведения, предлагала использование иносказаний. Так, например, постепенно старые обозначения субпродуктов, такие как потроха, железистое мясо и т.д. заменялись новыми – «лакомый кусочек», «изобильные мясные лакомства» и т.д. [12]

Создание после второй мировой войны международных организаций здравоохранения, таких как ВОЗ, заложило основы продвижения и использования глобальных коммуникационных стратегий общественного здравоохранения по борьбе с инфекционными и хроническими заболеваниями, а также другими проблемами общественного здравоохранения.

Интенсивное развитие коммуникационных исследований как нового направления в социальных науках в середине XX века стало важным источником методологических инструментов, определявших успешность публичных коммуникаций в медицине и общественном здравоохранении. Идеи Р. Мертона («социальный конформизм»), П. Лазарсфельда («общественное мнение»), У. Шрамма («коммуникация в современном обществе») стали применяться в разработке кампаний общественного здравоохранения.

Роберт Мертон и Пол Лазарсфельд выделили ряд социальных функций, которые выполняют массовые коммуникации. Во-первых, они присваивают статус общественным проблемам, наделяют престижем и усиливают власть индивидов и групп, легитимизируя их социальный статус. Во-вторых, они укрепляют социальные нормы. Так, Малиновский в своих наблюдениях за островитянами Тробрианда, показал, что поведение, отклоняющееся от принятых норм, не вызывало у них никаких организованных социальных действий до тех пора пока об этом не было публично заявлено. Выводя проблему в общественное пространство, публичные коммуникации создают напряжение между индивидуально терпимым и общественно приемлемым. В-третьих, публичные коммуникации выступают в качестве особого рода наркотика, способного вызвать обратный эффект, дистанцировать человека от реальности активных действий в отношении здоровья, заменив их поглощением информации и накоплением пассивных знаний. [13]

Развитие коммуникативных исследований приводило к включению новых знаний из этой области в разработку программ общественного здравоохранения и санитарного просвещения. Годфри Хохбаум, социальный психолог, вместе с коллегами в 1958 г. представил отчет по итогам исследования «Участие общественности в программах медицинского скрининга», целью которого было ответить на вопрос почему люди не участвуют в бесплатных скринингах на туберкулез. [14] Г. Хохбаум пришел к выводу о необходимости формирования новой личности пациента, обладающего агентностью, осведомленного о медицинских рисках и опасностях и готового к действию. Уровень рефлексии пациентов относительно своего здоровья должен быть повышен и связан не только с осознанием факта бессимптомного течения многих заболеваний, но и с тем, что риск заболеть существует всегда. Выявленная в ходе исследования связь между восприятием риска болезни и намерением предпринять определенные действия по профилактике легла в основу теоретической модели убеждений о здоровье, которая стала использоваться в разработке программ общественного здравоохранения и стала неотъемлемым элементом теории прогнозирования профилактического поведения в отношении здоровья. Обоснованная в ходе исследования идея агентности пациента, осознание роли убеждений человека в изменении

поведения в отношении здоровья актуализировали развитие публичных коммуникаций в медицине в направлении интеграции дисциплинарных перспектив и междисциплинарных стратегий, расширения исследовательского поля социальных наук в медицине и здравоохранении [15].

К 60-м годам XX века в области медицины выделяется и институализируется научное и практическое направление исследований коммуникаций здоровья. К этому времени развитие медицинского знания, коммуникационных технологий и социальных наук значительно продвинулось вперед в накоплении фактов, указывающих на взаимосвязь индикаторов общественного здоровья и образа жизни, привычек, социокультурных моделей поведения. Формируется не только внешний запрос на развитие публичных коммуникаций в медицине, но и внутренняя логика развития медицинского знания определяет необходимость развития данного направления как условия осуществления трансдисциплинарного диалога субъектов медицины.

Стремительный рост научного знания в области медицины привел к возникновению противоречия между содержанием медицины как науки и ее целями как социального института. Задача повышения уровня общественного здоровья столкнулась с проблемой разрыва между обыденным и научным знанием, языком, моделями объяснения и поведения в ситуациях, касающихся отношения к своему здоровью. Развитие телевидения как социального медиа, обладающего потенциалом охвата массовой аудитории, способствовало решению данной проблемы. Вследствие этого в рамках системы здравоохранения возникла необходимость инициирования проектов, подготовки специалистов, занимающихся проблемами популяризации медицинского знания. Конвергенция научного знания и социальных технологий стала основой формирования нового коммуникационного подхода к формированию социально значимого поведения в отношении своего здоровья, который получил название эдьютейнмент. Использование каналов массмедиа как инструментов социальных изменений, влияния на поведение людей является фокусом разработки эдьютейнмент-подхода в социальных науках. Примерами проблем здравоохранения, для решения которых на международном уровне успешно использовалось телевидение, являются пропаганда планирования семьи, сексуальной ответственности и профилактики ВИЧ/СПИДа, пропаганда безопасного секса и контрацепции, здорового питания, профилактики диабета и т.д. [16]. Популярные медиа оказались эффективным средством распространения медицинской информации и технологических разработок среди непрофессиональной аудитории и помогали формировать у людей связанные со здоровьем убеждения, привычки и поведение, тем самым улучшая состояние здоровья населения и содействуя формированию общественного здоровья.

Современный подход к социальному воздействию киноконтента получил название «Social Impact Entertainment» (SIE). Оно закрепилось за концепцией создания медиаконтента, ориентированной на использование его развлекательного потенциала для осуществления социального влияния. Теоретической основой SIE стали идеи М. Сабидо, который позиционировал модель мыльных опер как «развлечение с доказанной социальной пользой»; этот концепт позднее был трансформирован в идею коммуникационной стратегии «Entertainment-Education». Подход Сабидо адаптировался американской некоммерческой организацией Population Media Center (PMC), штат Вермонт, применяющей развлекательно-образовательный контент для изменения взглядов и поведения, связанных со здоровьем и благополучием, в двадцати странах мира, для повышения эффективности развлекательного образования, и в этом качестве получил название PMC-методологии. К проблемам, решаемым с помощью

РМСметодологии, относятся профилактика и лечение социально значимых заболеваний, контроль рождаемости, лечение аддикций, снижение дискриминационного поведения. [17]

Информационная революция 70-х гг прошлого века стимулировала рост медицинской информации и распространение коммуникаций, делающих данную информацию доступной широкой общественности. Это привело к включению в задачи национальных систем здравоохранения функции регулирования публичных коммуникаций по предоставлению информации, доступной широкой общественности. Были выделены основные направления развития коммуникаций в медицине: коммуникации ученых, коммуникации врачей, коммуникации с общественностью, исследования коммуникационных процессов в медицине.

Как отмечает Д.В. Михель, вследствие конкретно-исторических событий в XX веке возникла необходимость осуществлять более эффективный общественный контроль в сфере развития медицины и биомедицинских технологий, в результате этого «...практика принятия медицинских решений – особенно в рамках психиатрии, педиатрии, интенсивной терапии и трансплантологии - стала кардинально меняться. Некоторые медицинские решения стали приниматься с участием юристов, священников, философов, гражданских активистов» [18, 11], то есть посредством публичных коммуникаций. Как следствие, в пространстве медицины возникает биоэтика как новая область исследований, носящих трансдисциплинарный характер и основанная на публичном диалоге науки, общества и медицинской практики. Тем самым, постепенно формируется новый научно-исследовательский климат, определяющий морально-нравственный выбор ученых в направлении их социально-правовой ответственности перед обществом за результаты научно-практической деятельности.

Медиаконтроль и публичные коммуникации как средство контроля медицины

Публичные коммуникации выступили эффективным инструментом контроля медицины. Показательным является нашумевшее в 90-е годы XX века в Великобритании «дело Бристоля». В кардиохирургическом отделении Бристольского королевского лазарета наблюдалась высокая смертность детей после кардиохирургических операций. За период с 1986 по 1995 год умерло 170 детей, которые, по оценке экспертов, выжили бы в других больницах национальной службы здравоохранения Великобритании. Несмотря на то, что факты были известны многим лицам, несущим административную ответственность как внутри учреждения, так и за его пределами, никакие меры по улучшению ситуации не предпринимались. Изменение ситуации последовало только после того, как она была обнародована широкой общественности в средствах массовой информации [19]. Общественное возмущение вызвало переоценку правительством концепции саморегулирования медицины и медицинской профессии, что привело к частичному лишению профессии регулирующих полномочий [20].

Медиаконтроль и публичные коммуникации в сфере здравоохранения становятся важнейшим инструментом поддержания доверия общества к медицинским институтам и обеспечения прозрачности их деятельности. Опыт конца XX века показал, что информационное освещение медицинских практик и общественная дискуссия вокруг них выполняют не только функцию социального контроля, но и стимулируют

развитие профессиональной этики, изменение организационных структур и выработку новых стандартов взаимодействия врача и пациента. Современные коммуникации в здравоохранении строятся на понимании того, что медицина, являясь частью общественной жизни, подвержена тем же социальным процессам, что и другие институты, а потому нуждается в постоянном открытом диалоге с обществом.

Одной из центральных задач коммуникаций в сфере здравоохранения остается просвещение, то есть распространение достоверной и доступной медицинской информации среди населения. В отличие от санитарного просвещения, сегодня медицинская информация перестает быть односторонним потоком от специалиста к пациенту; она циркулирует в сетевых средах, где границы между источником и получателем становятся подвижными. Просветительская деятельность государственных и международных структур здравоохранения включает кампании по профилактике инфекционных и хронических заболеваний, информирование о методах диагностики, прививках, здоровом образе жизни, формирование health literacy [21]. Важным становится не только содержание сообщения, но и форма его подачи: использование визуальных и цифровых форматов, сторителлинга, интерактивных платформ повышает уровень вовлеченности аудитории и позволяет адаптировать медицинские знания к повседневным практикам.

Второе направление коммуникаций связано с обучением, то есть целенаправленным воздействием на поведение людей в отношении здоровья. Как отмечалось выше, научные исследования показывают, что наличие знаний само по себе не приводит к изменению поведения; необходимы когнитивные, эмоциональные и мотивационные механизмы, которые обеспечивают переход от понимания к действию. В этой связи коммуникации выступают как система педагогических и психологических воздействий, направленных на формирование устойчивых моделей поведения [22]: регулярных профилактических осмотров, отказа от вредных привычек, соблюдения рекомендаций врача. Концепция фасилитации, развивавшаяся с середины XX века, получает новое звучание в цифровую эпоху. Она предполагает активное участие пациента в коммуникации, совместное формулирование целей и поиск решений, основанных на взаимном доверии и ответственности. В этом контексте обучение становится не процессом передачи знаний, а процессом формирования компетентности и субъектности в сфере здоровья.

Популяризация здорового образа жизни как отдельная задача публичных коммуникаций в медицине объединяет элементы просвещения и обучения, но выходит за рамки медицинского контекста. Она затрагивает культуру, досуг, моду, социальные практики и нормы поведения. Здоровье становится элементом жизненного стиля, символом социального статуса и личной успешности, при этом его восприятие продолжает зависеть от социально-демографических факторов [23]. Медиа, социальные сети, инфлюенсеры, массовая культура формируют новые нарративы о теле, красоте, долголетии, и в этом пространстве возникает необходимость в критическом медиапосредничестве. Коммуникационные стратегии в области ЗОЖ направлены на баланс между информированием и мотивацией, между социальной нормой и индивидуальным выбором. Особое значение приобретает достоверность информации, этика продвижения и избегание манипулятивных практик, способных превратить здоровье в коммерческий бренд.

Четвертой задачей коммуникаций становится продвижение подходов к организации здравоохранения. Здесь речь идет не только о разъяснении принципов работы системы, но и о формировании общественного понимания того, как распределяются ресурсы, как принимаются решения в области медицинской политики, каковы права

и обязанности пациентов. Публичные коммуникации становятся инструментом институциональной легитимации реформ и инноваций в здравоохранении, особенно в условиях кризисов и реформ, связанных с цифровизацией, телемедициной, развитием искусственного интеллекта [24]. Современные кампании по продвижению организационных изменений в здравоохранении строятся на принципах прозрачности и участия: общественность рассматривается не как объект информирования, а как субъект обсуждения, способный влиять на принятие решений.

Не менее важной функцией является разоблачение заблуждений и мифов, связанных со здоровьем. Информационная открытость и доступность источников, характерные для XXI века, породили феномен медицинской дезинформации, способной причинять реальный вред обществу [25]. Распространение антивакцинаторских настроений, псевдонаучных теорий о лечении, конспирологических представлений о медицинских технологиях стало серьезным вызовом для систем здравоохранения. Коммуникации в этой сфере выполняют роль коррекции общественного мнения, защиты научных стандартов и популяризации доказательной медицины. Эффективная стратегия противодействия медицинским мифам предполагает не только опровержение ложных сведений, но и создание позитивных нарративов, основанных на доверии и уважении к аудитории. На смену директивному стилю просвещения приходит диалог, где экспертная позиция врача сочетается с эмпатией, пониманием страхов и сомнений пациентов.

Фасилитация диалога между пациентом и врачом становится объединяющим звеном всех перечисленных направлений. В условиях усложнения медицины, роста объема информации и цифровизации медицинских услуг доверительное общение приобретает решающее значение. Врач перестает быть единственным источником знания; его роль смещается в сторону навигатора, способного помочь пациенту сориентироваться в потоке информации и принять осознанное решение. Коммуникация превращается в процесс совместного поиска смысла, где медицинские данные и человеческий опыт соединяются в индивидуальную стратегию здоровья. Исследования показывают, что эффективность лечения во многом зависит от качества коммуникации: уровень удовлетворенности пациента, соблюдение рекомендаций, эмоциональное состояние и готовность к сотрудничеству напрямую коррелируют с тем, насколько открыто и уважительно строится общение с врачом [26].

Современная медицина, основанная на принципах персонализации, предполагает, что коммуникация является не вспомогательным, а центральным элементом лечебного процесса. Она интегрирует научные, этические и психологические компоненты, создавая пространство совместного действия, в котором пациент и врач выступают как партнеры. В этом смысле коммуникации выполняют не только информативную, но и терапевтическую функцию: они способствуют снижению тревожности, укреплению доверия и формированию чувства безопасности.

Развитие публичных коммуникаций в здравоохранении в последние десятилетия показывает смещение акцента от одностороннего информирования к сложной системе взаимодействий, включающей просвещение, обучение, популяризацию, организационное продвижение, критическую рефлексию и фасилитацию диалога. Эти процессы отражают глубокие трансформации современного общества, в котором здоровье становится не только медицинской, но и социальной ценностью, а коммуникация основным условием ее поддержания.

Искусственный интеллект как привратник и фасилитатор

Искусственный интеллект, который изначально разрабатывался как инструмент анализа больших данных и оптимизации диагностических процессов, постепенно стал не только технологическим, но и коммуникационным актором. Он выполняет функции посредника между медицинским знанием и обществом, между врачом и пациентом, между экспертной и пользовательской логикой восприятия информации о здоровье. В этой роли ИИ становится своеобразным «привратником», который отбирает, фильтрует и структурирует медицинскую информацию для пациента, и одновременно «фасилитатором», упрощающим коммуникацию, создающим условия для понимания и участия непрофессиональных акторов в пространстве медицины.

В эпоху гиперинформации, когда объем данных о здоровье, биомедицине и фармацевтике растет экспоненциально, способность ИИ фильтровать и интерпретировать данные становится критическим элементом функционирования всей системы коммуникаций в медицине. Машинные алгоритмы, анализирующие миллионы публикаций, клинических рекомендаций и пользовательских запросов, выполняют роль новых медиаторов знания. Они решают, какие сведения считать релевантными, каким пользователям их показывать и в каком формате [27]. Их работа релевантна описанному К. Левином эффекту привратника, только перенесенному в цифровую среду. Поскольку ИИ определяет объем и направление потока информации, влияя на восприятие и действия человека. Таким образом, «привратничество» ИИ не просто технический процесс отбора данных, а социальная практика, влияющая на формирование норм здоровья, определение авторитетных источников и границ доверия между человеком и медицинской системой [28].

Особенно заметным это становится в онлайн-коммуникациях. В цифровых сервисах, таких как поисковые системы, чаты здравоохранения, медицинские платформы или приложения по мониторингу состояния организма, ИИ выступает в роли первого собеседника пациента. Алгоритмы ранжирования медицинской информации определяют, какие сведения пользователь увидит в первую очередь, а значит, какие идеи о здоровье сформируются в его сознании. В этом контексте ИИ становится не просто инструментом доступа к знанию, но участником социального конструирования медицинской реальности. Он способен усиливать одни нарративы и вытеснять другие, регулировать границу между научным и обыденным знанием, между медицинской рекомендацией и коммерческим предложением.

Однако роль ИИ не сводится к контролю информационного потока. Благодаря анализу естественного языка, распознаванию эмоций и контекста, алгоритмы могут адаптировать сложные медицинские данные под индивидуальные особенности пользователя, обеспечивая понятность и эмпатичность коммуникации [29]. Такие системы используются в чат-ботах поддержки пациентов, в приложениях для психологической помощи, в программах сопровождения хронических заболеваний. Они не заменяют врача, но создают пространство доверительного диалога, где человек получает доступ к информации в комфортной форме, без страха осуждения или непонимания. Фасилитация в данном случае означает облегчение коммуникации, снятие барьеров между медицинской системой и повседневным опытом пациента.

Алгоритмическая фасилитация проявляется и на уровне профессиональных коммуникаций. Системы ИИ, интегрированные в больничные сети, помогают врачам обмениваться данными, формировать коллективные диагнозы, анализировать случаи и результаты терапии. В этом смысле ИИ выступает медиатором профессиональных сообществ, усиливая эффект совместного мышления и сокращая риск ошибок.

Его коммуникативная роль заключается в оптимизации когнитивного взаимодействия: врач не тратит время на поиск нужных данных, а концентрируется на принятии решений, что, в свою очередь, повышает качество медицинской помощи.

Тем не менее, превращение ИИ в привратника и фасилитатора коммуникаций поднимает ряд этических и социальных вопросов [30]. Если алгоритмы становятся посредниками между знанием и пользователем, кто несет ответственность за возможные ошибки фильтрации? Каковы критерии включения или исключения информации, и кто их формулирует? Алгоритмы обучаются на данных, отражающих не только объективные факты, но и социальные предубеждения, экономические интересы, культурные различия. Следовательно, ИИ способен непреднамеренно воспроизводить и усиливать неравенство в доступе к медицинской информации и услугам. Этот аспект делает необходимым введение механизмов прозрачности, объяснимости и общественного контроля за системами искусственного интеллекта, применяемыми в медицине.

Вместе с тем именно ИИ может стать инструментом преодоления этих проблем, если будет рассматриваться не как автономный агент, а как элемент системы совместного действия врача, пациента и общества.

Агентность пациента в медицине

Понятие агентности пациента стало одним из ключевых в современной философии медицины, биоэтике и медицинской социологии. Его эволюция отражает глубокие изменения в структуре медицинских отношений, в которых пациент перестает быть пассивным объектом воздействия и превращается в активного участника лечебного процесса, носителя знаний, способностей и ответственности. Если в начале XX века идеал пациента предполагал подчинение врачебной власти и следование предписаниям специалиста, то к концу XX века, под влиянием социальных движений, развития прав человека и цифровых технологий, происходит переосмысление этой позиции. В центре новой модели оказывается не просто информированный, а автономный субъект, обладающий правом и способностью принимать решения, связанные со своим здоровьем.

Одним из исторических факторов, стимулировавших развитие идеи агентности, стала трансформация самого понимания здоровья. После Второй мировой войны Всемирная организация здравоохранения закрепила определение здоровья как состояния физического, психического и социального благополучия, что потребовало учета не только медицинских, но и социальных, культурных, психологических факторов. Это сделало необходимым участие самого пациента в определении критериев своего здоровья и выбора стратегий его поддержания. Научное и технологическое развитие медицины, появление новых методов диагностики, персонализированного лечения, генетического тестирования и цифрового мониторинга здоровья создали предпосылки для усиления индивидуального участия человека в медицинском процессе.

Термин «экспертный пациент» впервые прозвучал в 1999 году в отчете, представленном парламенту Великобритании [31] и обозначал пациента, использующего свои навыки и знания, чтобы эффективно контролировать жизнь с хроническим заболеванием. За два десятилетия существования и развития концепта «экспертный па-

циент» его содержание расширилось и стало относиться не только к пациентам, которые обладают знаниями о своем заболевании и лечении в дополнение к навыкам самоконтроля, но и пациентам, которые выступают экспертами для других пациентов, обучая навыкам необходимым в случае хронического заболевания, а также пациентам, участвующим в научных исследованиях в качестве экспертов.

Концепция «экспертного пациента» стала переходным звеном между идеей информированного согласия и современной концепцией агентности. Впервые предложенная в контексте хронических заболеваний, она была направлена на повышение компетентности и самоэффективности пациентов, вынужденных длительно взаимодействовать с медицинской системой. Пациент, обученный самоконтролю, пониманию симптомов и принципов терапии, становился партнером врача в принятии решений. В дальнейшем эта идея получила развитие в направлениях, связанных с пациентским активизмом, самоуправляемыми сообществами и цифровыми платформами взаимопомощи, где обмен опытом и знаниями между пациентами стал самостоятельным ресурсом здоровья.

Распространение и эволюция цифровых технологий радикально изменило коммуникационную структуру медицинского знания, позволив пациентам получать доступ к профессиональной информации, обмениваться опытом и формировать коллективные формы экспертности [32]. В этих пространствах пациент выступает не только потребителем, но и производителем знания, поскольку участвует в обсуждениях клинических рекомендаций, оценивает эффективность терапии, формирует запросы на новые методы лечения [33]. Такая форма участия представляет собой практическое воплощение агентности: способность человека влиять на контент медицинского дискурса, его нормы и смыслы.

Особую роль в развитии агентности пациента сыграли движения за открытые данные и инициативы «participatory medicine» [34]. Пациент рассматривается как активный партнер, способный вносить вклад в исследовательский процесс, предоставляя данные о своем состоянии, опыте терапии, качестве жизни. Этот подход получил развитие в программах клинических исследований, ориентированных на «patient-centered outcomes», где значимость определяется не только статистическими показателями, но и субъективной оценкой самих пациентов.

Одновременно с этим усиливается теоретическое осмысление феномена агентности в философии науки и биоэтике, где развивается представление о «распределённой агентности» как способности к действию, возникающей не у отдельного субъекта, а в сети взаимодействий между человеком, технологиями, социальными и институциональными структурами. В медицинском контексте это означает, что поведение и решения пациента формируются на пересечении множества факторов: информации, предоставленной цифровыми системами, советов врачей, культурных представлений о болезни и здоровья, нормативных установлений государства. Пациент как субъект действия оказывается вписанным в сложную медиальную экосистему, где его автономия не исключает зависимости, но проявляется через способность к выбору, интерпретации и взаимодействию.

Важной составляющей агентности становится способность пациента к критической рефлексии и оценке источников информации. Участие пациента в коммуникации о здоровье предполагает не только доступ к знаниям, но и развитие критической грамотности, позволяющей отличать достоверные сведения от манипулятивных.

Также она проявляется в изменении этических оснований медицинского взаимодействия. Современная биоэтика исходит из принципа уважения автономии лич-

ности, что требует от медицинских работников не только информировать, но и слушать, учитывать мнение пациента при принятии решений. Возникает новая форма медицинской коммуникации, основанная на диалоге, а не на иерархии.

Современные исследования агентности пациента указывают, что её развитие тесно связано с социально-экономическими и культурными условиями. Формирование агентности требует системных усилий: разработки инклюзивных цифровых платформ, адаптации медицинской информации к разным аудиториям, поддержки пациентских сообществ и вовлечения общественных организаций в процессы здравоохранения. Таким образом, агентность пациента становится не только индивидуальной характеристикой, но и индикатором зрелости общества, его способности к солидарности, взаимной ответственности и демократизации медицинских отношений.

Идея агентности в медицине сегодня выходит за пределы отношений между врачом и пациентом. Она становится частью более широкого трансдисциплинарного контекста, соединяя социальную теорию, философию технологий, коммуникационные исследования и практику общественного здравоохранения.

От Медицины 2.0 к Медицине персонализированных коммуникаций

Развитие Интернета в начале XXI века характеризовалось созданием платформ социальных медиа. Став инструментом формирования социальных связей и отношений, Интернет становится новой субстанцией социального, определяет и задает направления развития общества. Социальные медиа становятся моделью развития общества. Медицина как социальный институт отражает и выражает данные изменения.

Концепция Медицина 2.0 входит в оборот с 2004 года, вместе с распространением термина web 2.0, а Интернет становится интерактивным. Средства массовой информации утрачивают свою монополию на трансляцию новостей, и эта миссия теперь возлагается на каждого участника Интернет-связей и отношений. WEB 2.0 включает в себя веб-инструменты, помогающие людям выражать свое мнение, рекомендовать и пользоваться информацией, участвовать в создании и обсуждении контента, выражать свои реакции.

Гиппократовская модель медицины, основанная на этике как связующем звене между теорией и медицинской практикой, была сформирована в эпоху свободы медицины от публичных коммуникаций. Базовый принцип этики Гиппократа «Не навреди», а также правила справедливости и конфиденциальности регулировали взаимодействия врача и пациента лицом к лицу, то есть в непосредственном личном взаимодействии. Операциональность данных принципов генерировала субстанцию медицинских взаимодействий, а именно доверие между врачом и пациентом, что наделяло данные принципы вневременной ценностью. Изменение контекста применения данных принципов связано с изменением самого общества и как следствие характера взаимодействия с медициной. Основным отличием является изменение природы медицинских взаимодействий, их публичность. Данный контекст кардинально меняет все пространство медицины и отражается на всех его субъектах и процессах. Медицинские взаимодействия становятся опосредованными, распространение технической, контрактной моделей взаимодействия врача и пациента делает возможным сокращение личных взаимодействий и делегирование отдельных функций врача

искусственным интеллектуальным системам. Общий контекст дополняется новыми характеристиками публичных коммуникаций в медицине:

Отсутствие временных и пространственных ограничений – обмен медицинской информацией возможен в режиме «здесь и сейчас».

Скорость и возможности доступа к медицинской информации увеличиваются. Широкое распространение научной информации и открытый к ней доступ, а также увеличение возможностей хранения и передачи медицинской информации пациента благодаря облачному хранению.

Взаимодействие с институтом медицины в режиме онлайн. Развитие цифровых способов взаимодействия врача и пациента (электронная почта, цифровые приложения, мессенджеры и т.д.), расширение сетевых каналов взаимодействия по поводу медицинских вопросов (онлайн платформы, видеоконференции, блоги и т.д.).

Размывание границ частного и публичного пространства, технологии внедряют публичные коммуникации в жизненный мир человека (публичное и приватное сливаются, когда врач решает профессиональные вопросы, находясь в кругу семьи в нерабочее время).

Изменение контекста делает проблематичным применение традиционных этических принципов без противоречий, что порождает этические дилеммы и требует адаптации применения традиционных этических норм в новых условиях.

Медицина персонализированных коммуникаций является трансдисциплинарной и основывается на совместном производстве знания профессионалов и непрофессионалов. В ее основе, как и в основе гражданской науки в целом лежит новый социальный договор между исследователями, гражданами и государством о сотрудничестве во имя общественного блага. Это поле исследований открывает большие возможности для изучения проблем здоровья и биомедицины с целью приблизить их к потребностям общества, дать гражданам право голоса и мобилизовать знания и опыт пациентов, связанный с их заболеванием для решения сложных проблем. Пациенты здесь выступают в качестве со-исследователей, которые участвуют в производстве знаний, опыта и навыков, что инициирует возникновение этических проблем, выходящих за рамки медицины и требующих решения с опорой на биоэтические принципы.

Исследователь процессов «демократизации медицины» Эрик Тополь определяет роль развития персонализированных медицинских коммуникаций понятием «эра Гутенберга в медицине», тем самым проводя параллель между процессом приобретения пациентами контроля над знаниями о собственных состояниях и процессом выхода знаний из-под контроля элит при помощи печатного станка [35]. Здоровье становится продуктом отношений знания, коммуникации, конструктом. Как отмечает Кляйнеберг «Оно становится непрерывным процессом, имеющим два аспекта: во-первых, непрерывное осознание и контроль, а во-вторых, теоретически бесконечное улучшение, или оптимизация» [36, 22].

В условиях цифрового здравоохранения основную функцию по поддержанию социального доверия к институту здравоохранения выполняет онлайн-коммуникация. Комплексная оценка возможностей онлайн-коммуникации позволяет выявить преимущества ее использования для основных субъектов здравоохранения. Пациенты получают доступ к профессиональным консультациям из любой точки страны с возможностью быстрой обратной связи, и персональным подходом, онлайн контроль своего здоровья и возможность самообучения, что повышает активное участие в управлении своим здоровьем, то есть партисипативность, и доверие к системе здра-

воохранения. Учреждения здравоохранения могут осуществлять мониторинг отдаленных результатов лечения и своевременно выявлять осложнения, участвовать в формировании потоков пациентов, снижая нагрузку на сотрудников организационных служб, вовлекать персонал в новые формы работы, реализовывать технологии бережливого здравоохранения. Органы управления здравоохранением с помощью онлайн-коммуникации получают возможность управления потоками пациентов на основе актуальной информации, вовлекать региональных специалистов, трансформировать представления и взгляды пациентов, развивать культуру здоровья, повышать качество реабилитации, способствовать возврату пациентов к трудовой деятельности.

Новые информационные и коммуникационные технологии на сегодняшний день обладают широким потенциалом развития системы здравоохранения в данном направлении через онлайн коммуникации. Являясь основой построения системы цифрового здравоохранения, онлайн коммуникации создают пространство персонализированной медицины. Возможность онлайн коммуникации с врачом и учреждением здравоохранения в целом, в любое время и в любом месте, закладывает фундамент доверия, то есть позитивных ожиданий в отношении намерений и действий института медицины, направленных на осуществление медицинской помощи. Онлайн коммуникации в медицине позволяют расширить пространство свободы выбора пациента, но при этом увеличить риски ответственности за персональный выбор.

Идея «автономии пациента» стала все более распространенной и выступающей в качестве принципа в терапевтическом процессе, в том числе при лечении хронических состояний. Можно сказать, что это стало следствием двух основных тенденций:

1. перехода от патерналистской к пациенто-центрированной модели здравоохранения;

2. признания того, что в современной ситуации риска и неопределенности текущие стратегии лечения требуют постоянного внимания и корректировки.

Доверие, являясь социальным инструментом адаптации к окружающей среде, в ситуации риска и неопределенности требует выработки новых практик, организующих и упорядочивающих взаимодействия субъектов здравоохранения. Расширение прав и возможностей пациентов, стимулирование их к активному участию в терапевтическом процессе является закономерным следствием противоречия между нарастающей рискогенностью, неопределенностью среды и необходимостью поддерживать стабильность. Автономия пациента, расширение его прав и свобод, а как следствие и ответственности в данном случае является способом снижения рискогенности и неопределенности среды. При этом расширение автономии без встречного процесса развития среды здравоохранения в направлении организации, управления и поддержания стабильности системы здравоохранения приводит к снижению уровня доверия системе в целом. Развитие цифровых практик здравоохранения является ответом на увеличение риска и неопределенности социальных процессов и обладает потенциалом организации и управления стабильной социальной системы. Эффективные практики цифрового здравоохранения являются в современном обществе необходимым условием поддержания доверия к системе здравоохранения и медицине в целом.

С развитием социальных медиа пациенты получили возможность общаться с аналогичными носителями заболеваний, проживающими в других странах и регионах, сравнивать лечебные методики и их результаты. Эти группы создаются на добровольных началах, а участники заранее извещены, что в ходе общения они получают скорее совет, как поступать в том или ином случае, чем официальную рекомендацию

специалиста [37, 12] Таким образом, в структуре социальных групп максимально реализуется принцип автономии пациента, предполагающий его ответственность за наступившие последствия действий, поскольку, принимая то или иное решение, пациент демонстрирует только свое личное волеизъявление.

Социальные медиа предоставляют пациенту возможность быть анонимным, выступая под любым возможным псевдонимом (ником, аватаром), в процессе поиска значимой медицинской информации. Получая возможность консультироваться у специалиста, не идентифицируя себя, например, при социально дискриминируемых заболеваниях, пациент контролирует не только свое физическое состояние, но и социально-психологическое благополучие.

Одной из медиаформ коммуникативного пространства пациента в настоящее время является феномен, так называемого «е-пациента» (e-patient), то есть пациента, информированного о своем заболевании, активно участвующего в лечебно-диагностическом процессе и «держащего руку на пульсе» современных методов диагностики и лечения. Один из примеров – это известный в социальных сетях е-пациент Дэйв деБронкарт. Когда Дэйв обнаружил, что смертельно болен редкой формой рака, он обратился к сообществу онлайн пациентов и нашел способ лечения, о котором не знал даже его доктор. Это спасло ему жизнь. Теперь он призывает всех пациентов общаться между собой, изучать свои истории болезней и делать личный вклад в развитие здравоохранения. Такие пациенты сами создают отдельные группы и сообщества, где обмениваются результатами исследований, делятся вопросами и сомнениями относительно назначенной терапии и выбранной лечащим врачом лечебной тактики. При этом пациентами активно обсуждается лечебная тактика, избранная специалистом для лечения того или иного заболевания.

Социальные медиа предоставили платформу для людей в состоянии болезни получать и обмениваться информацией. Более того, сегодня эта платформа используется для создания сайтов поддержки неизлечимо больных людей. Еще одной медиаформой коммуникативного пространства пациента являются сегодня цифровые рассказы о болезни. Сонна Меринг описала деятельность сайта CaringBridge, созданного как платформа для коммуникаций людей в состоянии болезни [38, 7]. Пользователи сайта отмечают, что CaringBridge стал спасательным кругом для семей и друзей во время болезни близкого человека, кроме того, они считают, что данная практика письма, в котором человек рассказывает о своей болезни, является терапевтической – «это было не просто письмо, это была терапия». Цифровой рассказ или повествование о своей болезни, согласно Л.Гарро и Ч. Маттингли [39, 30], один из наиболее эффективных способов придания смысла опыту болезни. Цифровое письмо является моделью социальной коммуникации, обладая характеристиками интерактивности, эта модель открыта для всех, кто желает принять участие, в нашем случае в судьбе пациента. А решение пациента опубликовать историю своей болезни является, таким образом, медиаформой здоровьеподдерживающей коммуникации [40].

Социальные медиа трансформируют взаимодействия врача и пациента, облегчая и расширяя доступ к информации. Они обладают следующими преимуществами:

- Мгновенная обратная связь между участниками терапевтического процесса, пациентами, врачами;

- Получение самой актуальной медицинской информации в реальном времени, что зачастую в ситуации тяжелого заболевания становится решающим фактором лечения;

- Пациенты получают постоянный доступ к уходу через социальные сети;

- Изменяются формы и механизмы доступа и распространения медицинской информации, она становится прозрачной для пациента, доступной на расстоянии для участников терапевтического процесса;

Социальные медиа радикально изменили природу медицинского взаимодействия, превратив пациента из объекта лечения в активного участника и соавтора медицинского знания. Цифровая среда создала новые формы доверия, автономии и партисипации, при которых медицина становится не только технологической, но и коммуникативной практикой, основанной на совместном производстве смысла здоровья. В этих условиях формируется новая этика цифрового здравоохранения, соединяющая персонализацию, ответственность и коллективное участие в поддержании общественного здоровья.

Как показывает проведенный анализ, развитие публичных коммуникаций в медицине сопровождается изменением роли всех участников системы здравоохранения и требует постоянного обновления этических, организационных и технологических подходов. Включение пациентов в процессы обмена знаниями, использование цифровых платформ и инструментов искусственного интеллекта усиливают агентность и ответственность человека за собственное здоровье, но одновременно создают новые риски, связанные с достоверностью информации и сохранением доверия. Формирование культуры осознанного взаимодействия, повышение медицинской грамотности и развитие этики цифрового здравоохранения становятся необходимыми условиями устойчивого функционирования современной медицины как социального института.

Литература

1. Winslow C.-E. A. Organizing a state campaign of public health education. American Journal of Public Health, 1916; 6, 805–813.

2. Fenton F. The influence of newspaper presentations upon the growth of crime and other anti-social activity. American Journal of Sociology, 1911; 16, 342–371.

3. Jones M. J. Popular education in mouth hygiene through organized publicity–through the platform, the exhibit. The motion picture. The press. American Journal of Public Health, 1915; 5, 405–409.

4. Tomes N. The gospel of germs: Men, women, and the microbe in American life. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1998.

5. Moree E. A. Public health publicity: The art of stimulating and focusing public opinion: I. The scope of publicity. American Journal of Public Health, 1916; 6, 97–108.

6. Everett, R. H. Publicity and the campaign against venereal disease. American Journal of Public Health, 1919; 9, 854–858.

7. Eliot T. D. Sociological prerequisites for a public health curriculum. American Journal of Public Health, 1925; 15, 522–525.

8. Robinson E. S. The psychology of public education. American Journal of Public Health and the Nations Health, 1933; 23, 123–128.

9. Patty W. W. Outcomes of health education. The Journal of Health and Physical Education, 1934; 5(2), 34–62.

10. Freeman F. N., Hoefer, C. An experimental study of the influence of motion picture films on behavior. Journal of Educational Psychology, 1931; 22, 411–425.

11. Lewin K. The dynamics of group action. Educational Leadership, 1944; 1, 195–200.

12. Mead M. The problem of changing habits. In The problem of changing food habits: Report of the committee on food habits 1941–1943. Washington, DC: The National Academies Press, 1943. PP. 20–32.

13. Лазарсфельд П., Мертон Р. Массовая коммуникация, массовые вкусы и организованное социальное действие: Пер. с англ. // Макаров М.М. Массовая коммуникация в современном мире. М: Аспект-пресс, 2000.

14. Hochbaum, G. M. Why people seek diagnostic X-rays. Public Health Reports, 1956; 71, 377–380.

15. Kreps G. L., Maibach E. W. Transdisciplinary science: The nexus between communication and public health. Journal of Communication, 2008; 58, 732–748.

16. Гришечкина Н. В., Устьянцев В.Б. Кино как средство формирования отношения к здоровью // Logos et Praxis. 2024. Т. 23, № 2. С. 50-58.

17. Тихонова С. В. Как кино меняет социальную реальность: the social impact entertainment // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. 2022. Т. 22, вып. 2. С. 170–175.

18. Михель Д.В. Влияние идеологии персонализированной медицины на практику принятия медицинских решений// Философские проблемы биологии и медицины. Саратов, 2016.

19. Irvine, D. The doctor's tale: Professionalism and public trust. Abington, UK: Radcliffe Medical Press, 2003.

20. Salter B. Patients and doctors: Reformulating the UK health policy community? Soc Sci Med, 2003, 57:927–36.

21. Santana S, Brach C, Harris L, Ochiai E, Blakey C, Bevington F, Kleinman D, Pronk N. Updating Health Literacy for Healthy People 2030: Defining Its Importance for a New Decade in Public Health. J Public Health Manag Pract. 2021 Nov-Dec 01; 27(Suppl 6): S258-S264.

22. Pourrashidi Alibigloo H., Eshaghi Z. The Integrated Model of Health Behavior Promotion (IM-HBP): A Synergistic Approach to Promote Health-Oriented Behaviors. Open Public Health J, 2025; 18: e18749445375249.

23. Tabrizi J.S., Doshmangir L., Khoshmaram N. et al. Key factors affecting health promoting behaviors among adolescents: a scoping review. BMC Health Serv Res 24, 58 (2024)

24. Caron R.M., Noel K., Reed R.N., Sibel J., Smith H.J. Health Promotion, Health Protection, and Disease Prevention: Challenges and Opportunities in a Dynamic Landscape. AJPM Focus. 2023 Nov 8; 3(1):100167.

25. Kbaier D., Kane A., McJury M., Kenny I. Prevalence of Health Misinformation on Social Media-Challenges and Mitigation Before, During, and Beyond the COVID-19 Pandemic: Scoping Literature Review. J Med Internet Res. 2024 Aug 19; 26:e38786.

26. Chia A.W.Y., Teo W.L.L., Acharyya S. et al. Patient-physician communication of health and risk information in the management of cardiovascular diseases and diabetes: a systematic scoping review. BMC Med 2025, 23, 96.

27. Miller M.R., Sehat C.M., Jennings R. Leveraging AI for Public Health Communication: Opportunities and Risks. J Public Health Manag Pract. 2024 Jul-Aug 01; 30(4):616-618.

28. Hajiheydari N., Delgosha M. S., Saheb T. AI in medical diagnosis: A contextualised study of patient motivations and concerns, Social Science & Medicine, Volume 371, 2025, 117850.

29. Sezgin E., Kocaballi A.B. Era of Generalist Conversational Artificial Intelligence to Support Public Health Communications. J Med Internet Res. 2025 Jan 20; 27:e69007.

30. Chustecki M. Benefits and Risks of AI in Health Care: Narrative Review. Interact J Med Res 2024; 13:e53616.

31. Department of Health. The expert patient: a new approach to chronic disease management in the 21st century. London, Department of Health, 2001. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.shfnf.co.uk/wp-content/uploads/2014/11/DoH-expert-patient1.pdf.

32. Denecke K. How Do Conversational Agents in Healthcare Impact on Patient Agency? "Proceedings of the 1st Worskhop on Towards Ethical and Inclusive Conversational AI: Language Attitudes, Linguistic Diversity, and Language Rights (TEICAI 2024), mar, 2024,St Julians, Malta, Association for Computational Linguistics, pages 1-8.

33. Holmes S.A., Faria V., Moulton E.A. Generative AI in healthcare: challenges to patient agency and ethical implications. Front Digit Health. 2025 Jun 18; 7:1524553.

34. Fredriksson M., Sampaio F., Moberg L. The impact of patient and public involvement in healthcare services: A conceptual review spanning social sciences and health sciences, SSM - Qualitative Research in Health, Volume 7, 2025, 100517.

35. Topol E. The patient will see you now: the future of medicine is in your hands. New York: Basic Books, 2015. 384 p.

36. Кляйнеберг М. Болезнь и здоровье в эпоху велнеса, селф-трекинга и самооптимизации – на пути к обществу здоровья? // Вестник СПбГУ. Философия и конфликтология. 2018. № 1. С.17-23.

37. Овчинников В.В. Телемедицина: проблемы правового регулирования//Тихоокеанский медицинский журнал, 2013, № 3. С. 12-15.

38. Mehring S. Hope conquers all: Inspiring stories of love and healing from Caringbridge. New York, NY: Hachette Book Group, 2013.

39. Garro L. C., Mattingly C. Narrative as construct and construction. Berkeley, CA: University of California Press, 2000.

40. Гришечкина Н. В. Медиаформы коммуникативного пространства пациента / Н. В. Гришечкина // Медицинская антропология: проблемы, методы, исследовательское поле : Сборник статей, Москва, 28–30 июня 2015 года. Москва: ООО «Публисити», 2015. С. 103-115.

Раздел 7

6П-подход и роль пациента в лечении

Под редакцией д.м.н.
Я. В. Власова

ОТВЕТСТВЕННЫЙ ПАЦИЕНТ В КОНТЕКСТЕ ОТВЕТСТВЕННОГО САМОЛЕЧЕНИЯ

Власов М. Я., Власов Я. В.

В условиях современного здравоохранения, характеризующегося ростом хронических заболеваний и ограниченностью ресурсов, возрастает роль индивидуальной ответственности за поддержание здоровья. Феномен ответственного пациента, характеризующегося активным участием в процессе лечения и самолечения, становится всё более актуальным. В связи с этим, возникает необходимость в глубоком анализе детерминант и последствий ответственного самолечения.

Феномен ответственного пациента в контексте самолечения

В последние годы наблюдается устойчивый рост интереса к изучению феномена ответственного пациента в контексте самолечения.

В частности, в Сборнике материалов «Ответственный пациент – знание, настрой, действие, результат» подробно рассматривает различные модели повышения ответственности пациентов, разработанные Всероссийским союзом пациентов. Авторы акцентируют внимание на роли некоммерческих организаций в формировании ответственного отношения пациентов к своему здоровью.

Ряд исследований, проведенных М. Келли, посвящен изучению влияния различных факторов на формирование ответственного отношения пациентов к самолечению. В частности, автор отмечает, что уровень образования, социально-экономический статус, доступность медицинской информации и поддержка со стороны близких оказывают существенное влияние на готовность пациентов брать на себя ответственность за свое здоровье [3].

В исследовании «Patient empowerment: myths and misconceptions» [9] предпринят критический анализ устоявшихся, но ошибочных представлений о расширении прав и возможностей пациентов. Авторы показывают, что понимание «ответственного пациента» не должно основываться на упрощенных и искаженных трактовках, что особенно важно для эффективного внедрения этой концепции в практику здравоохранения.

Одним из ключевых мифов является отождествление «patient empowerment» с простым предоставлением информации. Anderson и Funnell [9] убедительно доказывают, что доступ к информации – необходимый, но недостаточный элемент. Для формирования «ответственного пациента» критически важна способность осмысливать, анализировать и применять полученные сведения в процессе принятия решений о своем здоровье.

Распространено мнение, что «patient empowerment» подразумевает перенос всей ответственности за здоровье исключительно на пациента. Авторы подчеркивают, что это не так. Концепция «ответственного пациента» предполагает формирование партнерских отношений между пациентом и медицинским работником, где решения принимаются совместно, с учетом мнения и опыта обеих сторон. Пациент берет на себя часть ответственности, но не заменяет собой профессиональную медицинскую помощь.

Существует заблуждение, что подход к «patient empowerment» должен быть универсальным и одинаковым для всех пациентов. Anderson и Funnell отмечают гетерогенность пациентов, их различные потребности, возможности и предпочтения. Следовательно, формирование «ответственного пациента» требует индивидуального подхода, учитывающего уникальные характеристики каждого человека, степень его готовности к принятию решений и необходимую поддержку [9].

Наконец, часто недооценивают сложность и длительность процесса «patient empowerment». Авторы подчеркивают, что формирование «ответственного пациента» – это не мгновенный результат, а постепенный процесс, требующий целенаправленных усилий, образовательных программ, поддержки и накопления опыта.

Концепции «patient empowerment» (расширение прав и возможностей пациента) и «ответственный пациент» тесно связаны и взаимодополняют друг друга. Можно сказать, что «patient empowerment» является необходимым условием для формирования «ответственного пациента», а «ответственный пациент» – это результат успешной реализации стратегий по расширению прав и возможностей пациентов [9].

Таким образом, концепция «ответственного пациента» требует переосмысления. Важными составляющими являются: развитие навыков критической оценки информации, формирование партнерских отношений с медицинскими работниками, учет индивидуальных особенностей пациента и понимание, что процесс формирования «ответственного пациента» требует времени и усилий. «Ответственный пациент» – это не статичное состояние, а динамичный процесс обучения и самосовершенствования, направленный на улучшение здоровья и качества жизни.

Всероссийский союз пациентов (ВСП) рассматривает ответственного пациента как индивидуума, активно вовлеченного в поддержание и улучшение собственного здоровья. Согласно определению ВСП, такой пациент не только своевременно обращается за медицинской помощью и дисциплинированно следует предписанному лечению, но и обладает знаниями о своих правах и обязанностях, умеет конструктивно взаимодействовать с медицинскими специалистами, привержен здоровому образу жизни и оказывает поддержку другим в сохранении и укреплении здоровья [5].

Мини-опрос, проведенный в телеграм-канале ВСП, позволил выявить основные характеристики, которыми пациенты наделяют «ответственного пациента». Результаты опроса свидетельствуют о следующем распределении предпочтений среди участников. 75% опрошенных считают, что ответственный пациент должен знать свои права и уметь их защищать. Высокая доля респондентов, отметивших данный аспект, подчеркивает важность правовой грамотности и активной позиции пациента в вопросах охраны здоровья. 71% респондентов уверены, что ответственный пациент регулярно проходит диспансеризацию и получает необходимую медицинскую реабилитацию. Это указывает на понимание значимости профилактических мер и комплексного подхода к восстановлению здоровья [1].

60% участников опроса отметили приверженность здоровому образу жизни как неотъемлемую черту ответственного пациента. Это подчеркивает осознание влияния поведенческих факторов на состояние здоровья и готовность к внесению изменений

в свой образ жизни. 57% респондентов считают, что ответственные пациенты неукоснительно соблюдают рекомендации лечащего врача. Данный аспект свидетельствует о доверии к медицинским специалистам и готовности следовать их советам. В то же время, данные опроса выявили и менее распространенные подходы к самолечению:

6% опрошенных признались, что готовы искать информацию о своем заболевании в интернете, заниматься самолечением и корректировать назначения врача, основываясь на собственных представлениях [1].

2% респондентов предпочитают как можно реже обращаться к врачам.

Директор Центра «Социальная Механика» и один из идеологов тренинга «Ответственный пациент» Михаил Чураков отмечает дискуссионный характер концепции «ответственного пациента». По его мнению, пока не существует единой формализованной концепции «ответственного пациента», но есть понимание главных черт [1].

Однако, несмотря на значительное количество исследований, посвященных феномену ответственного пациента, проблема сравнительной характеристики подходов ответственного и безответственного пациентов к самолечению остается недостаточно изученной.

Терминологическая база ответственного поведения

В рамках исследований, посвященных формированию ответственного поведения пациентов, было предложено следующее определение: «Ответственный пациент – это индивид, осознающий степень влияния собственного поведения и решений на состояние своего здоровья.

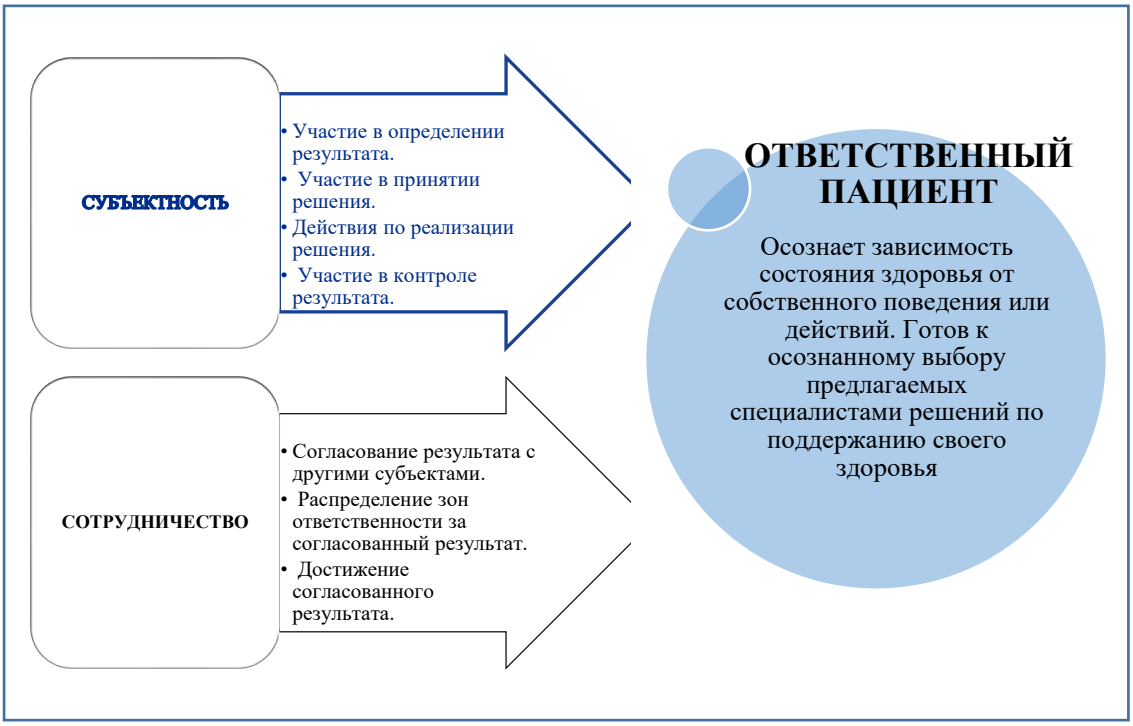

Рисунок 1. Ответственный пациент: ключевые характеристики и взаимодействия.

Ответственный пациент активно включается в процесс выбора стратегий лечения и профилактики, предлагаемых специалистами, и придерживается согласованного плана действий для достижения определенных целей – будь то выздоровление, реабилитация, снижение частоты обращений за медицинской помощью, увеличение продолжительности ремиссии или предотвращение инвалидизации» (определение разработано методической группой проекта «НКО пациентов - ключевой ресурс формирования ответственного поведения людей с хроническими заболеваниями»).

Схема, представленная на рис. 1., иллюстрирует ключевые компоненты и характеристики, определяющие понятие «ответственный пациент». Ответственный пациент характеризуется осознанием взаимосвязи между своим здоровьем и личными действиями и готовностью к осознанному выбору медицинских решений, предложенных специалистами. В основе модели лежат два взаимосвязанных элемента: Субъектность и Сотрудничество.

Субъектность отражает активную роль пациента в процессе лечения и поддержания здоровья. Это включает участие в определении желаемого результата лечения, принятие решений относительно методов лечения, активные действия по реализации этих решений и контроль за достижением результата.

Сотрудничество подчеркивает важность взаимодействия пациента с другими участниками лечебного процесса (врачами, другими пациентами, членами семьи). Это предполагает согласование целей и результатов с другими субъектами, распределение зон ответственности и совместное достижение согласованного результата. [10]

Схема демонстрирует, что ответственный пациент – это не просто пассивный получатель медицинской помощи, а активный участник процесса, который берет на себя ответственность за свое здоровье и взаимодействует с другими для достижения оптимальных результатов.

Концепция «ответственного пациента» легла в основу трехуровневой модели, описывающей ключевые составляющие успешного участия в процессе лечения и поддержания здоровья. Эта модель предполагает, что пациент – это активный и сознательный участник, способный принимать взвешенные решения и нести за них ответственность [5].

Первый уровень, информационный блок, определяет необходимые пациенту знания и навыки. Здесь выделяются два ключевых момента: осведомленность о состоянии своего здоровья, включая диагноз, возможные методы лечения и профилактику, и владение практическими навыками, позволяющими управлять своим заболеванием. Это может включать в себя умение контролировать симптомы, придерживаться режима приема лекарств и диеты, а также выполнять необходимые физические упражнения.

Второй уровень, личностный блок, акцентирует внимание на психологических факторах, определяющих готовность к активному лечению. Важнейшую роль играет мотивация к сотрудничеству с врачом и вера в положительный исход. Пациенту необходимо принять факт болезни, понимать, что существуют разные подходы к лечению, и сохранять эмоциональную стабильность. Способность сознательно регулировать свое поведение в интересах здоровья, преодолевать трудности и следовать рекомендациям врачей имеет критическое значение.

Третий уровень, поведенческий блок, характеризует конкретные действия пациента и его взаимодействие с медицинскими работниками. Он подразумевает способность самостоятельно принимать решения по управлению заболеванием и успешно воплощать их в жизнь. Помимо этого, важны и коммуникативные навыки: инициатив-

ность в общении с врачами, стремление к открытому диалогу и ориентация на взаимопонимание, что позволяет получать необходимую информацию и поддержку. Такой подход предполагает, что пациент играет активную роль в процессе лечения, а не является лишь пассивным получателем медицинской помощи.

Представленная структура позволяет комплексно оценить уровень «ответственности» пациента и разработать эффективные стратегии его повышения.

Для проведения сравнительной характеристики подходов ответственного и безответственного пациента к самолечению предлагается использовать следующие критерии:

1. Информированность – уровень знаний пациента о заболевании, лекарственных средствах и возможных побочных эффектах.

2. Мотивация – готовность пациента брать на себя ответственность за свое здоровье.

3. Приверженность – соблюдение рекомендаций врача и инструкции по применению лекарственных средств.

4. Самоконтроль – умение пациента оценивать свое состояние и принимать решения о необходимости дальнейшего лечения.

5. Отношение к врачу – доверие к врачу и готовность обращаться за консультацией в случае необходимости.

На основе данных критериев можно построить таблицу, иллюстрирующую основные различия между подходами ответственного и безответственного пациента к самолечению (Таблица 1).

Таблица 1. Сравнительная характеристика подходов к самолечению ответственного и безответственного пациента

КРИТЕРИЙ	ОТВЕТСТВЕННЫЙ ПАЦИЕНТ	БЕЗОТВЕТСТВЕННЫЙ ПАЦИЕНТ
Информированность	Обладает достаточными знаниями о заболевании, лекарствах и возможных побочных эффектах	Имеет поверхностные или неверные представления о заболевании и лекарствах
Мотивация	Высокая готовность брать на себя ответственность за свое здоровье.	Низкая готовность брать на себя ответственность за свое здоровье.
Приверженность	Строго соблюдает рекомендации врача и инструкции по применению лекарственных средств.	Не соблюдает рекомендации врача и инструкции по применению лекарственных средств.
Самоконтроль	Умеет оценивать свое состояние и принимать решения о необходимости дальнейшего лечения.	Не умеет оценивать свое состояние и не принимает решений о необходимости дальнейшего лечения.
Отношение к врачу	Доверяет врачу и готов обращаться за консультацией в случае необходимости.	Не доверяет врачу и не обращается за консультацией в случае необходимости.

Обоснование различий в подходах к самолечению

Различия в подходах к самолечению между ответственным и безответственным пациентом обусловлены рядом факторов, которые можно разделить на три группы:

1. **Индивидуальные факторы** – уровень образования, социально-экономический статус, личностные особенности.

2. **Социальные факторы** – поддержка со стороны семьи и друзей, доступность медицинской информации, качество медицинской помощи.

3. **Организационные факторы** – эффективность работы системы здравоохранения, доступность образовательных программ для пациентов.

Концепция «ответственного пациента» представляет собой многогранную модель, определяющую ключевые факторы успешного участия в лечении и поддержании здоровья. В основе этой модели лежит представление о пациенте как об активном участнике процесса, способном принимать информированные решения и нести ответственность за их последствия. Новые исследования показывают, что «ответственные пациенты» часто демонстрируют более высокий уровень образования и доходов, развитые навыки самоконтроля, активную жизненную позицию и доверие к медицинским работникам [6]. Важным аспектом является личная ответственность за ментальное и физическое благополучие, готовность следовать рекомендациям специалистов, опираясь на собственный опыт и ощущения при приеме препаратов [2].

Таблица 2. Различные аспекты формирования «ответственного пациента»

ИСТОЧНИК	ОСНОВНАЯ ТЕМА	КЛЮЧЕВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
[1]	Модели повышения ответственности пациентов	Рассмотрены различные модели повышения ответственности пациентов; разработаны рекомендации для НКО, осуществляющих деятельность в данной сфере (Ю. Жулев).
[3]	Границы ответственности пациента	Определение границ ответственности пациента в различных ситуациях (М. Келли).
[4]	Что значит «ответственный пациент»	Представлены различные точки зрения экспертов на понятие «ответственный пациент» (И. Невинная).
[6]	Здоровье как основа человеческого потенциала	Рассмотрены проблемы и пути решения для укрепления здоровья как основы человеческого потенциала (О. Е. Пискун).

Основываясь на этой информации, можно выделить пять ключевых компонентов в формировании «ответственного пациента»:

Информированность. Пациент должен обладать актуальными знаниями о своем состоянии, доступных методах лечения и профилактики.

Личная ответственность. Важна готовность принимать решения, основанные на рекомендациях специалистов, и учитывать личный опыт [1].

Активная жизненная позиция. Пациент должен быть готов активно участвовать в процессе лечения и поддержания здоровья [2].

Доверие к медицинским работникам. Необходимо наличие доверительных отношений между пациентом и врачом [7].

Навыки самоконтроля. Важна способность регулировать свое поведение и придерживаться рекомендаций, направленных на улучшение здоровья [8].

Данные аспекты, в совокупности, формируют модель «ответственного пациента», способного эффективно взаимодействовать с системой здравоохранения и заботиться о своём здоровье.

Последствия ответственного и безответственного самолечения

Ответственное самолечение, характеризующееся информированным выбором лекарственных средств, соблюдением рекомендаций врача и самоконтролем, может привести к следующим положительным последствиям:

- Облегчение симптомов заболевания.
- Улучшение качества жизни.
- Снижение нагрузки на систему здравоохранения.

В тоже время, безответственное самолечение, характеризующееся неправильным выбором лекарственных средств, несоблюдением рекомендаций врача и отсутствием самоконтроля, может привести к следующим негативным последствиям:

- Ухудшение состояния здоровья.
- Развитие осложнений заболевания.
- Увеличение нагрузки на систему здравоохранения.
- Снижение эффективности лечения.
- Повышение риска побочных эффектов лекарственных средств.

Взаимосвязи между уровнем ответственности пациента за свое здоровье и его склонностью к самолечению были изучены в проспективном исследовании, с участием 120 пациентов, набранных из двух первичных медицинских центров. Целью исследования было определение, существует ли статистически значимая корреляция между этими двумя переменными. Знание о характере этой связи может быть полезным для разработки более эффективных стратегий взаимодействия с пациентами и повышения их приверженности к лечению. При этом ответственность пациента рассматривается как важный фактор, влияющий на эффективность лечения и общее состояние здоровья.

Критериями включения были: возраст от 18 до 65 лет, наличие хронического заболевания (сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия или хроническая обструктивная болезнь легких). Из исследования исключались пациенты с тяжелыми

психическими расстройствами или когнитивными нарушениями, препятствующими пониманию инструкций исследования.

Для оценки уровня ответственности пациента использовалась стандартизированная шкала «Шкала ответственности пациента Здоровье+», являющаяся модификацией шкалы Мориски-Грина, адаптированной к российским условиям (шкала предоставляет оценку от 0 до 100 баллов, где более высокие баллы свидетельствовали о большей ответственности пациента).

Склонность к самолечению оценивалась лечащими врачами на основе разработанных критериев и шкалы Лайкерта от 1 до 5 (1 – минимальная склонность, 5 – очень высокая склонность). Врачи прошли предварительное обучение использованию формализованной шкалы оценки для повышения объективности и согласованности. Сбор данных проводился анонимно, после получения информированного согласия от каждого участника.

Для начала рассмотрим процедуру и информационный базис предлагаемого анкетирования. Удобный формат (переход по QR-коду) и доступность (наличие мобильного приложения) делают анкету легким и незаменимым инструментом для оценки ответственности пациента. Что наиболее важным, пациент может выполнить самооценку, при этом она будет адекватной исходя из схемы работы анкеты. Удобная навигация переводит на страницу с вопросом, страницы сформированы для каждого вопроса (см. рисунки 2 – 4).

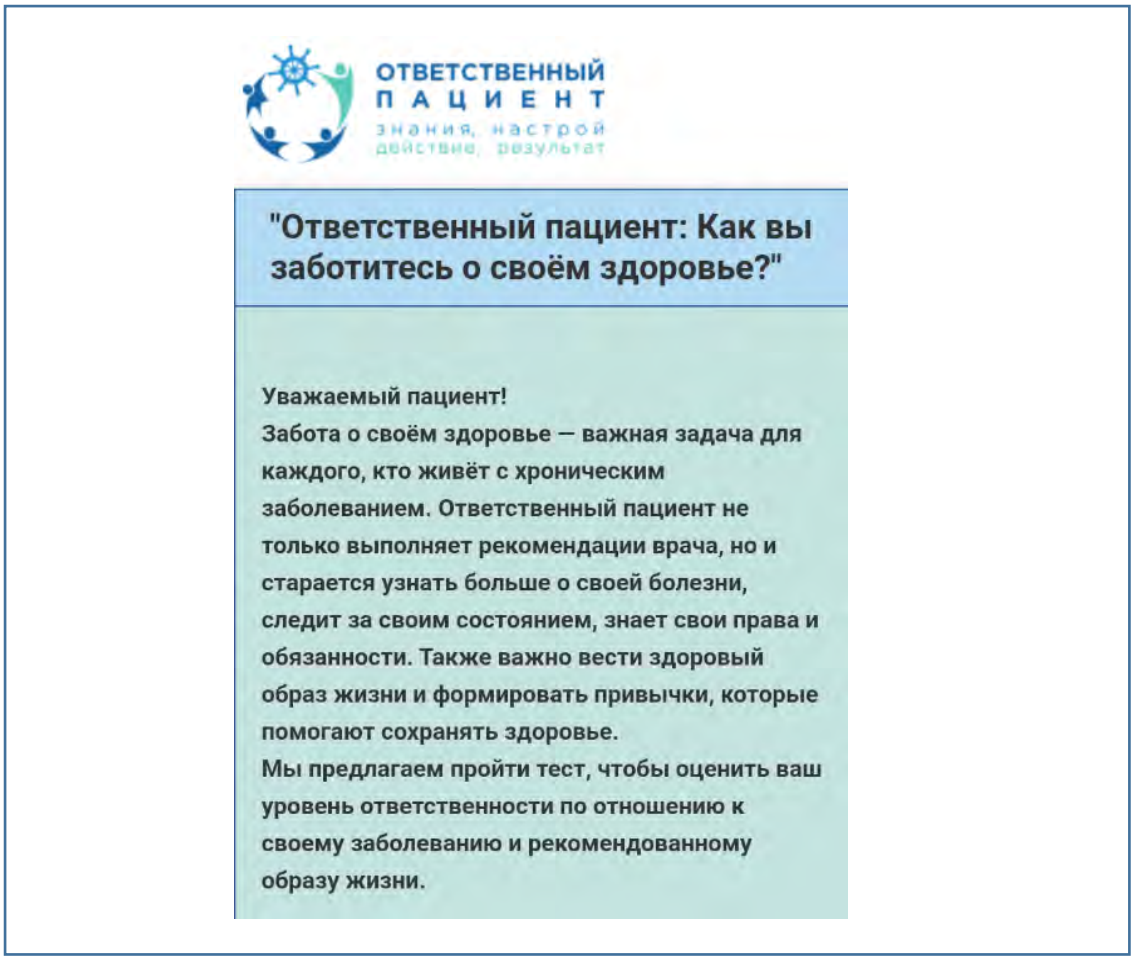

Рисунок 2. Информационная страница (скрин мобильной версии).

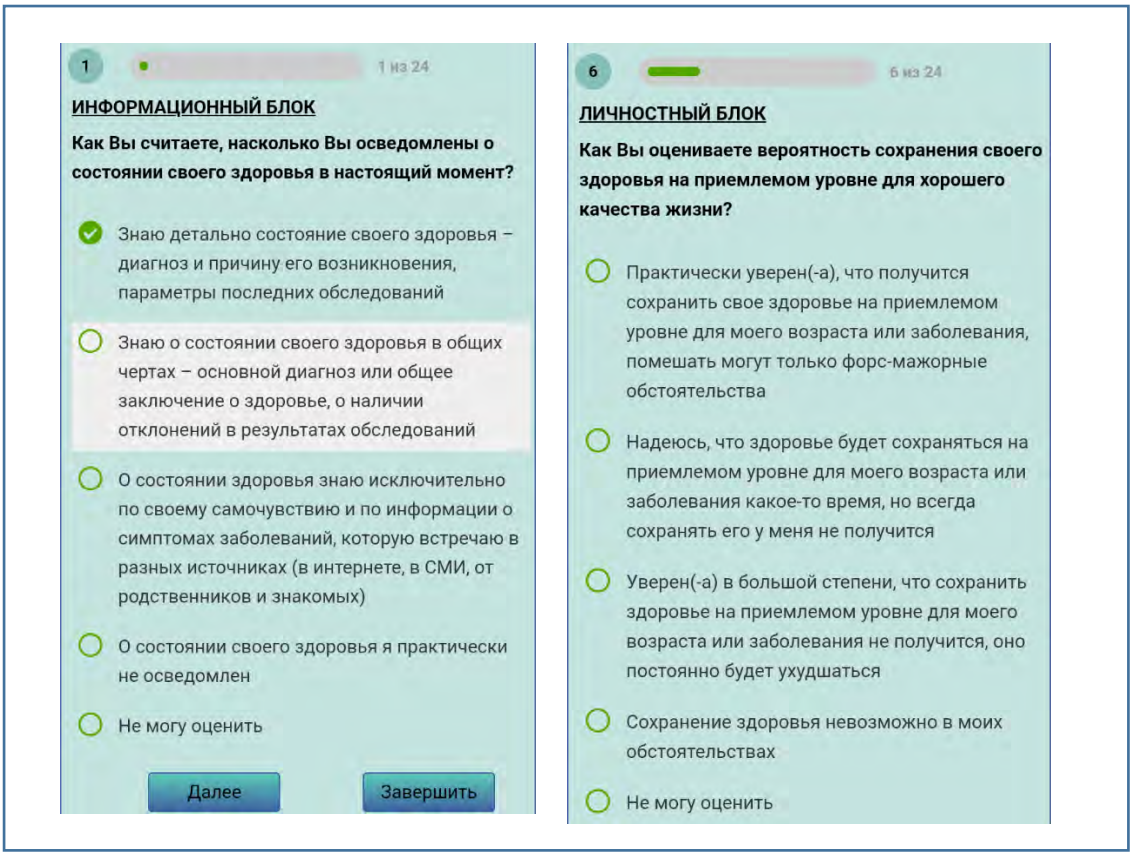

Рисунок 3. Внешний вид опросника (разделен на блоки)

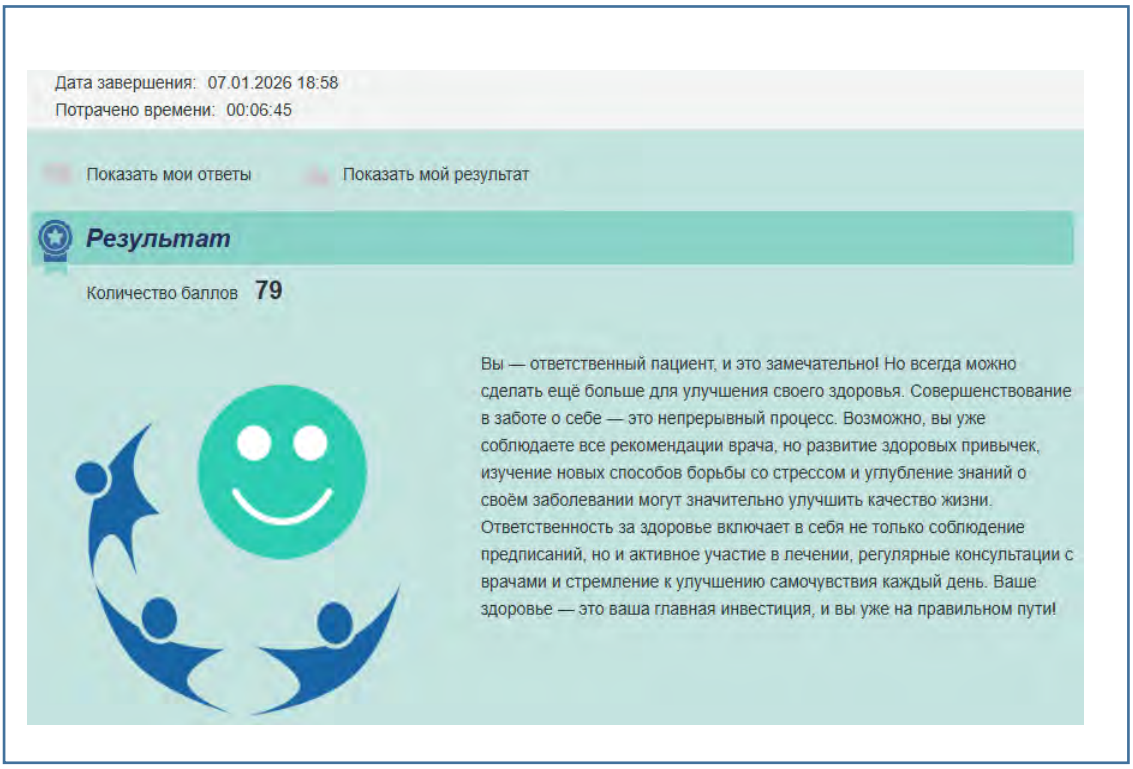

Рисунок 4. Внешний вид результата теста «Ответственный пациент»

Результат анкетирования является четким и однозначным.

Теперь непосредственно об описании результатов измерения ответственности и самолечения.

Средний балл по шкале ответственности составил 68.5 ± 15.2. Распределение баллов ответственности было примерно нормальным, с небольшим смещением в сторону более высоких значений.

Средняя оценка склонности к самолечению по шкале Лайкерта составила 2.8 ± 1.1. Распределение оценок склонности к самолечению было относительно равномерным, с пиком на оценке 3. Анализ показал, что 15% пациентов были оценены врачами как имеющие минимальную склонность к самолечению (оценка 1), а 8% – как имеющие очень высокую склонность (оценка 5).

Коэффициент корреляции Пирсона между уровнем ответственности пациента и оценкой склонности к самолечению составил $r = -0.42$. Данная корреляция оказалась статистически значимой, $p < 0.001$.

Диаграмма рассеяния показала обратную линейную тенденцию: с увеличением уровня ответственности пациента наблюдается уменьшение склонности к самолечению.

Таблица 3. Ответственность пациента.

Переменная	Среднее значение (M)	Стандартное отклонение (SD)
Ответственность пациента	68.5	15.2
Склонность к самолечению	2.8	1.1
[4]	Что значит «ответственный пациент»	Представлены различные точки зрения экспертов на понятие «ответственный пациент» (И. Невинная).

С увеличением уровня ответственности пациента на 1 балл прогнозируется снижение склонности к самолечению на 0.022 единиц шкалы Лайкерта (оценка получена путём линейного регрессионного анализа).

Полученные результаты подтверждают альтернативную гипотезу о наличии статистически значимой обратной корреляции между ответственностью пациента и его склонностью к самолечению. Это означает, что чем более ответственно пациент относится к своему здоровью и лечению, тем меньше вероятность, что он будет заниматься самолечением, например, бесконтрольно изменять дозировку лекарств или игнорировать рекомендации врача.

Ограничением данного исследования является использование шкалы Лайкерта для оценки склонности к самолечению, которая может быть субъективной.

Также, выборка пациентов была ограничена определенными хроническими заболеваниями и возрастной группой, что может ограничивать обобщаемость результатов на другие популяции.

Дальнейшие исследования необходимы для подтверждения полученных результатов и изучения механизмов, лежащих в основе выявленной взаимосвязи, например, влияние уровня образования, доступа к информации и доверия к врачу. Эти знания могут быть использованы для разработки индивидуальных образовательных и поведенческих программ, направленных на повышение ответственности пациентов и снижение рисков, связанных с самолечением.

Заключение

Феномен ответственного пациента в контексте самолечения является важным фактором повышения эффективности системы здравоохранения. Важно поддерживать НКО для мотивации самообучения граждан с проблемами в здоровье.

Для формирования ответственного отношения к самолечению необходимо проводить образовательные программы, повышать доступность медицинской информации. Очень важно предоствлять информацию о заболеваниях, формировать навыки самопомощи и укреплять у пациентов чувство ответственности за свое здоровье.

Литература

1. Жулев Ю. Тренинг Всероссийского союза пациентов «Ответственный пациент» [Электронный ресурс]. – 2023. – Электрон. дан. – Режим доступа: https://ruvsp.ru/tren-23-1/news/yurii-zhulev-otvetstvennye-pafienty-i-te-kto-zhelaet-imi-stat-my-rasschityvaem-na-vashe-zainteresovannoe-uchastie. – Загл. с экрана. – Яз. рус.

2. Жулёв, Ю. Лицом к пациенту [Электронный ресурс] / Ю. Жулёв // ООО ИБРС. – 2025. – 17 июня. – Электрон. дан. – Режим доступа: https://oooibrs.ru/vsp/novosti-vsp/17-06-2025-yurii-zhulev-lifom-k-pafientu. – Загл. с экрана. – Яз. рус.

3. Келли М. Границы ответственности пациента // Бюллетень сибирской медицины. 2006. №5. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/granitsy-otvetstvennosti-patsienta (дата обращения: 11.01.2026).

4. Невинная, И. Эксперты выяснили, что значит «ответственный пациент» [Электронный ресурс] // Российская газета. – Электрон. дан. – Режим доступа: https://rg.ru/2023/05/26/eksperty-vyiasnili-chto-znachit-otvetstvennyj-pacient.html.

5. Ответственный пациент – знание, настрой, действие, результат: сборник материалов. – Москва, 2025, 44 с.

6. Пискун, О. Е. «Здоровье - основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения» (2006 - 2020) / О. Е. Пискун, С. А. Варзин, В. В. Громова // Здоровье - основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2020. – Т. 15, № 1. – С. 43-140. – EDN KEDBEZ.

7. Универсальное знание в современном мире: Всероссийская научно-практическая конференция (посвященная 250-летию со дня рождения Ф. А. Брокгауза). Саратов, 23 июня 2022 года : сборник материалов / ред. коллегия : А. С. Федонников, Е. А. Андриянова, Н. А. Акимова; Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского. – Саратов : Изд. центр Сарат. гос. мед. ун-та, 2022. – 115 с.

8. Человек в условиях неопределенности: сборник научных трудов в 2-х т. / Под общей и научной редакцией д.ф.н. Е.В. Бакшутовой, д.п.н. О.В. Юсуповой, к.псх.н. Е.Ю. Двойниковой. – Самара: Самар. гос. техн. ун-т, 2018. – Т. 1. – 270 с.

9. Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: myths and misconceptions. Patient Educ Couns. 2010;79(3):277-82. doi: 10.1016/j.pec.2009.07.025. Epub 2009 Aug 13. PMID: 19682830; PMCID: PMC2879465.

10. Добровольное информированное согласие в современной медицине: философское воззрение со стороны врача и пациента. /Монография «Добровольное информированное согласие». Власов Я.В., Власов М.Я., Гайдук А.Я. (Редакция А.Г.Чучалин, Е.Г.Гребеньщикова.), Москва, Вече, 2022. С.22-36

Раздел 8

6П-подход в лечении и профилактике кардиоваскулярных заболеваний

Под редакцией академика РАН,
профессора Ю. Л. Шевченко

6П-ПОДХОД В КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИБС С ДИФФУЗНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА

Шевченко Ю. Л., Ульбашев Д. С.

Введение

Несмотря на достижения современной кардиологии, эндоваскулярной и сердечно-сосудистой хирургии, ИБС продолжает сохранять лидирующие позиции в структуре заболеваемости и смертности, оставаясь важнейшей проблемой здравоохранения как в нашей стране, так и во всем мире [1-3].

Особую тревогу в настоящее время вызывает неуклонный рост числа больных ИБС с диффузным поражением коронарного русла. Согласно данным исследований, от 5% до 15% пациентов, направляемых на коронарографию по поводу стабильной стенокардии, оказываются неоперабельными ввиду диффузного характера атеросклеротического поражения коронарного русла [4-7]. Ключевой проблемой при этом является не столько наличие протяженных гемодинамически значимых стенозов, сколько критическое поражение дистального русла, что делает невозможным реваскуляризацию в полном объеме как хирургическими, так и эндоваскулярными методами, при этом потенциал медикаментозной терапии в этой группе пациентов тоже существенно ограничен [7,8].

Выполнение шунтирования коронарных артерий малого диаметра (менее 1,5 мм) сопряжено с высокой частотой развития тромбоза шунтов, с последующим развитием инфаркта миокарда (ИМ) реваскуляризируемой зоны. Объясняется данный факт разным диаметром сосудов, несоответствием скорости кровотока в шунтируемой артерии скорости крови в питающем его кондуите, а также физиологическому несоответствию принимающего сосуда (малый его диаметр, кальциноз и пр.) к столь большому объёму крови [7].

Ранее практически все пациенты с тяжелыми формами диффузного поражения коронарных артерий рассматривались как неоперабельные в связи с технической невозможностью выполнения адекватной реваскуляризации. Однако развитие современных реконструктивных методик, включающих эндартерэктомию, ангиопластику пораженных участков и применение микрохирургической техники, расширило возможности хирургического лечения данной категории больных [8-12]. Несмотря на эти достижения, эффективность таких вмешательств остается существенно зависимой от опыта и квалификации хирурга, что создает значительные ограничения для широкого внедрения этих методик в клиническую практику. Особую проблему представляет повышенный риск периоперационного инфаркта миокарда после выполнения эндартерэктомии и протяженной ангиопластики [13,14].

Особый интерес в контексте лечения больных ИБС с диффузным поражением коронарного русла представляет трансмиокардиальная лазерная реваскуляризация (ТМЛР), методика, впервые предложенная M. Mirhoseini и M. Cayton в 1981 году [15]. Первоначальный энтузиазм, связанный с этим подходом, постепенно сменился скептицизмом по мере накопления клинических данных, демонстрирующих противоречивые результаты относительно ее эффективности и безопасности [16-18]. Более того, анализ отдаленных результатов не выявил различий в выживаемости между пациентами, которым выполнена ТМЛР, и контрольными группами, а в некоторых исследованиях даже отмечалось увеличение послеоперационной летальности в исследуемой группе [19].

Перспективным направлением стало применение комплексных подходов – дополнения прямой реваскуляризации миокарда методиками стимуляции экстракардиального неоангиогенеза. В 2007 году академиком Ю.Л. Шевченко внедрен в клиническую практику метод индукции непрямой реваскуляризации миокарда из околосердечных источников «ЮрЛеон» (Патент на изобретение RU №2758024C1. Заявка № 2021105731). По данным многих экспериментальных и клинических исследований, подтверждена эффективность и безопасность подобного комплексного лечения больных ИБС с диффузным поражением коронарных артерий [7].

Эта эволюция хирургических методов и тактики лечения является частью более широкого перехода современной кардиохирургии и медицины в целом к комплексным интегративным моделям ведения больных, где пациент становится центральным элементом терапевтической стратегии [1]. В этом контексте особую значимость приобретает концепция 6-П подхода, представляющего собой партнерское взаимодействие врача и пациента, основанное на равноправии и сотрудничестве; персонализированные подходы в лечении; учет индивидуальных генетических особенностей, семейного анамнеза, образа и качества жизни; прогнозирование исходов операции; профилактику осложнений и оценку приверженности терапии, для улучшения результатов лечения больных.

Комплексная хирургическая реваскуляризация миокарда

Внедрение в клиническую практику методов хирургической стимуляции экстракардиальной васкуляризации миокарда у пациентов с ИБС и диффузным многососудистым поражением коронарного русла с целью комплексной реваскуляризации открывает новые возможности для категории больных, ранее считавшихся неоперабельными.

Данные инновационные подходы базируются на индукции неоангиогенеза путем создания асептического воспаления, формировании и фиксации к поверхности эпикарда богато васкуляризированной жировой ткани и введении факторов роста. Особое место среди них занимает наиболее изученный и мощный стимулятор ангиогенеза — сосудистый эндотелиальный фактор роста (VEGF). Его уникальность заключается в селективном действии именно на эндотелиальные клетки, что отличает VEGF от других факторов. Будучи стресс-индуцированным пептидом, он экспрессируется в условиях гипоксии, что делает его ключевым элементом в каскаде реакций, запускаемых ишемией миокарда [7].

Результаты исследования концентрации VEGF в биологических тканях пациентов с ИБС и диффузным поражением коронарного русла демонстрируют парадоксальный феномен: дренажная жидкость, собираемая после коронарного шунтирования, содержит значительно более высокие уровни VEGF по сравнению с другими средами. Дренажный аспират представляет собой уникальный биологический концентрат, содержащий не только высокую концентрацию VEGF, но и комплекс сопутствующих факторов роста, синергично усиливающих его ангиогенный потенциал [20].

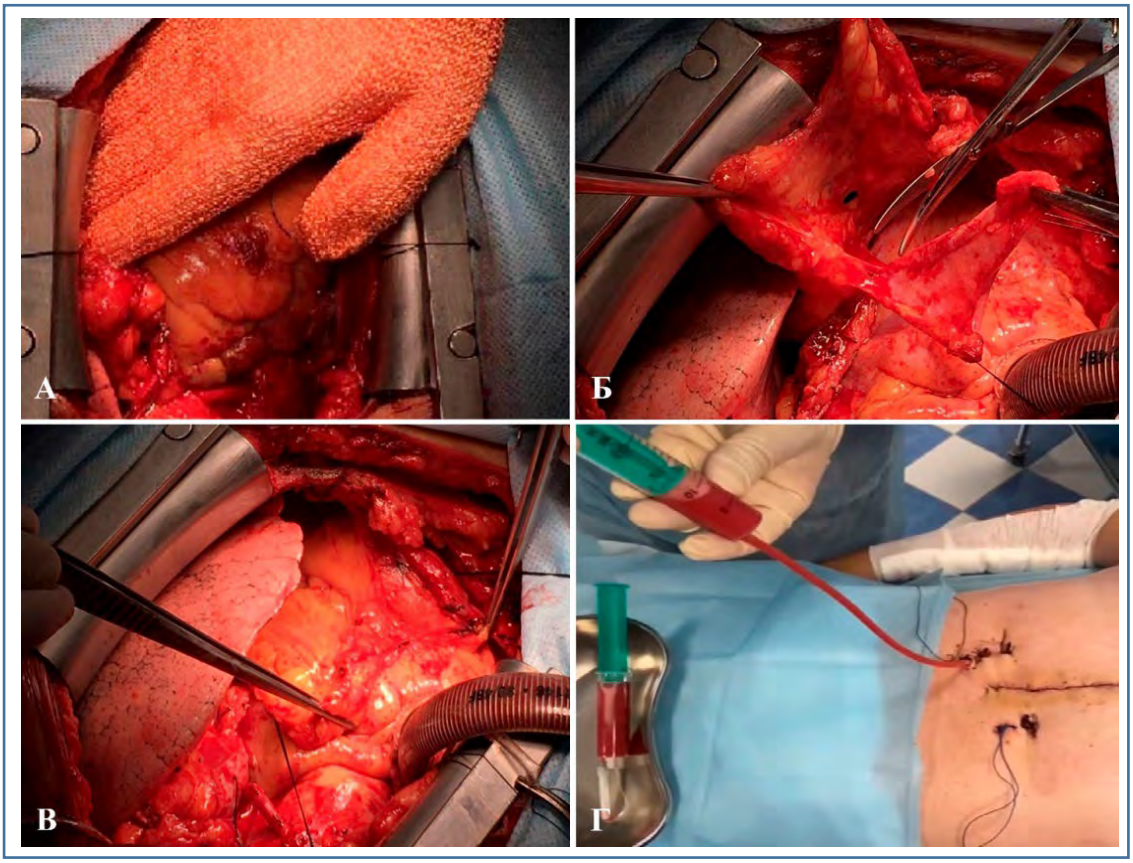

Рисунок 1. Этапы выполнения методики ЮрЛеон в комплексной реваскуляризации миокарда. *А – механическая обработка эпикарда и перикарда с помощью абразивной перчатки; Б – максимально возможная перикардэктомия; В – фиксация медиастинального жирового лоскута к поверхности сердца; Г – введение стерильного дренажного аспирата (субстанции с факторами, стимулирующими неоангиогенез) в остаточную полость перикарда (2 сутки после операции).*

С практической точки зрения, обнаруженные свойства дренажного экссудата открыли новые перспективы для разработки методов стимуляции экстракардиального неоангиогенеза у пациентов с диффузным поражением коронарного русла. Введение обогащенной VEGF дренажной жидкости в перикардиальное пространство создает мощный пролонгированный эффект, индуцирующий формирование коллатерального кровообращения. Этот подход имеет несколько преимуществ по сравнению с традиционными методами терапевтического ангиогенеза: во-первых, используется аутологичный материал, что исключает иммунологические реакции и проблемы биосовместимости; во-вторых, дренажная жидкость содержит естественный баланс раз-

личных факторов роста, который трудно воспроизвести при экзогенном введении отдельных рекомбинантных белков; в-третьих, такой метод технически прост и может быть легко интегрирован в стандартный хирургический протокол.

Эти фундаментальные клинические знания легли в основу разработки метода хирургической стимуляции экстракардиальной васкуляризации «ЮрЛеон», где ключевой задачей является создание условий для индукции ангиогенеза с целью улучшения кровоснабжения миокарда в отдаленном послеоперационном периоде.

Коронарное шунтирование или стентирование в комплексной реваскуляризации миокарда у пациентов с диффузным поражением коронарного русла необходимы еще и для «выигрыша времени» в надежде на локальную перестройку микроциркуляторного русла и компенсацию ишемических изменений за счёт образования новых экстракардиальных коллатералей.

Методика стимуляции экстракардиального неоангиогенеза «ЮрЛеон» включает десквамацию перикарда и эпикарда абразивным материалом (специальной перчаткой) с целью создания в последующем асептического воспаления, которое будет способствовать ангиогенезу; формирование медиастинального жирового лоскута с субтотальной перикардэктомией и фиксацией его на поверхности сердца; введение через дополнительный перикардиальный дренаж в послеоперационном периоде дренажного стерильного аспирата (50 мл), содержащего факторы стимуляции неоангиогенеза (рисунок 1). В настоящее время разработаны и внедрены в клиническую практику миниинвазивные и робот-ассистированные методики стимуляции экстракардиальной васкуляризации [7].

Персонализированные подходы в лечении больных ИБС с диффузным поражением коронарного русла

Клиническая и патофизиологическая гетерогенность пациентов с ИБС и диффузным поражением коронарного русла легла в основу концепции о существовании различных фенотипов заболевания. Проведенный анализ показывает, что выделенные фенотипы различаются не только по наличию традиционных факторов риска, таких как возраст, пол, дислипидемия, сахарный диабет и наследственность, но и обладают уникальными клинико-патофизиологическими особенностями, а также различным потенциалом восстановления сократительной функции миокарда, особым послеоперационным течением. В этой связи приобретает ключевое значение разработка персонализированного подхода к лечению, который должен включать в себя оценку индивидуального риска послеоперационных осложнений и модификацию стандартных хирургических протоколов с целью улучшения как ближайших, так и отдаленных результатов лечения [21].

На основании комплексного анализа клинических и инструментальных данных были идентифицированы ключевые фенотипы заболевания (рисунок 2).

Первый фенотип – метаболический. Для него характерно сочетание индекса массы тела, превышающего 30 кг/м², сахарного диабета второго типа и дислипидемии. Этот фенотип отражает доминирующую роль метаболических нарушений в прогрессировании заболевания. При хирургическом лечении пациентов с метаболическим фенотипом необходим особый подход из-за повышенного риска послеоперационных осложнений (раневой инфекции, медиастинита).

Второй фенотип – сенильный полиморбидный. Его определяют возраст больных старше 75 лет и индекс коморбидности Чарлсона, превышающий 5 баллов. Данный фенотип подчеркивает ключевую роль возрастных изменений сердечно-сосудистой системы и множественной сопутствующей патологии в формировании особой клинической картины у пожилых пациентов. Из осложнений в послеоперационном периоде доминируют нарушения ритма (преимущественно фибрилляция предсердий), плевриты, острая дыхательная недостаточность и пневмонии, а также (больше, чем в других группах) повышен риск неврологических осложнений. При ведении этой группы на первый план выходит задача достижения баланса между эффективностью вмешательства и его безопасностью, что требует тщательного учета всей сопутствующей патологии и возрастного снижения функциональных резервов организма.

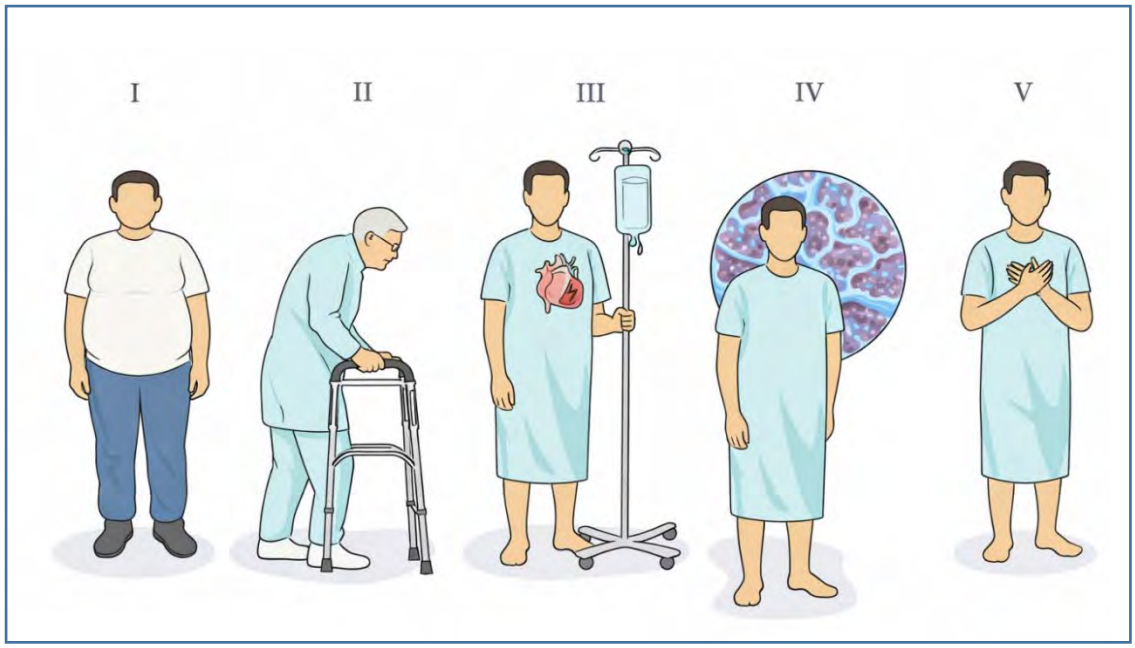

Рисунок 2. Фенотипы ИБС с диффузным поражением коронарного русла. *I – метаболический фенотип; II – сенильный полиморбидный; III – фенотип сниженных миокардиальных резервов; IV – ИИФС-ассоциированный фенотип; V – эссенциальный фенотип.*

Третий фенотип – сниженных миокардиальных резервов. Его ключевыми критериями являются фракция выброса левого желудочка ниже 40%, перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе, тяжелая сердечная недостаточность. Этот фенотип выделяет группу пациентов с высоким риском периоперационных осложнений, включая низкий сердечный выброс, рефрактерные нарушения ритма и вторичную полиорганную дисфункцию. Ведущими патогенетическими механизмами здесь выступают процессы ремоделирования сердца и хроническая гипоперфузия миокарда. Такая картина заболевания требует разработки особого подхода к выбору как методов хирургической реваскуляризации с оценкой гибернированного миокарда, так и стратегии периоперационной медикаментозной поддержки.

Четвертый фенотип – пациенты с иммобилизирующим интерстициальным фиброзом сердца (ИИФС-ассоциированный) [22-24]. Эта подгруппа пациентов отличается структурными изменениями сердца, где ведущую патогенетическую роль играет

прогрессирующая иммобилизация кардиомиоцитов измененной интерстициальной соединительной тканью, что приводит к значительному нарушению диастолической и систолической функции сердца. Для этого фенотипа характерно наличие диффузного интерстициального фиброза, подтвержденного методами визуализации, что ассоциируется с повышенной жесткостью миокарда, нарушением микроциркуляторной перфузии и резистентностью к стандартной терапии. Особенностями течения у этих пациентов являются быстрое прогрессирование сердечной недостаточности, высокая частота желудочковых аритмий и, как следствие, неблагоприятный прогноз.

Пятый фенотип – эссенциальный, к которому относятся пациенты без характерных признаков других выделенных фенотипов. Эта группа представляет особый интерес для дальнейших исследований, так как ее существование указывает на необходимость поиска дополнительных, возможно, еще не установленных маркеров или патогенетических механизмов, лежащих в основе развития диффузного поражения коронарного русла.

Исследование качества жизни у больных ИБС с диффузным поражением коронарного русла

Одним из знаковых научных достижений медицины XX века стало возникновение нового направления — исследования качества жизни. Этот комплексный подход, ставший универсальным критерием, позволяет оценивать основные аспекты жизни человека: физические, психические, социальные и духовные. Важность концепции качества жизни выходит далеко за рамки здравоохранения, поскольку стремление к повышению благополучия человека является конечной целью для всех институтов общества. Разработка соответствующей методологии ознаменовала новый этап развития клинической медицины, предложив простой, надёжный и информативный способ измерения тех фундаментальных параметров, которые и составляют суть благополучия [25-28].

В современной кардиохирургической практике анализ качества жизни у больных ИБС с диффузным поражением коронарного русла является важным аспектом комплексной оценки тяжести заболевания в пациентоориентированной подходе к лечению. Это обусловлено, в первую очередь, развитием новых хирургических методов, требующих строгой и многогранной проверки их результатов. Улучшение качества жизни пациента, даже при отсутствии радикального излечения, может служить самостоятельным и достаточным обоснованием для проведения операции. Следовательно, любые новые хирургические подходы должны проходить сравнительный анализ с традиционными методами, где именно динамика показателя качества жизни становится ключевым критерием эффективности.

Сравнительная оценка качества жизни до и после лечения выполняет несколько критически важных функций. Она позволяет объективно сопоставить результаты хирургических и консервативных тактик ведения пациента, давая возможность оценить истинную эффективность и целесообразность вмешательства. Кроме того, предоперационные показатели качества жизни обладают прогностической ценностью и могут использоваться как один из инструментов при отборе пациентов для операции.

Систематический мониторинг показателей качества жизни открывает значительные перспективы в комплексной хирургической реваскуляризации миокарда. Он

предоставляет кардиохирургу не просто подтверждение технической успешности вмешательства, но и детальную картину течения как раннего, так и отдаленного послеоперационного периода. Эта информация, в свою очередь, позволяет при необходимости своевременно и целенаправлено корректировать лечебную программу, обеспечивая наилучшие результаты лечения. Таким образом, оценка качества жизни трансформируется из вспомогательного инструмента в важный элемент непрерывного лечебно-диагностического процесса.

В коронарной хирургии для оценки качества жизни пациентов преимущественно используются стандартизированные опросники, адаптированные для пациентов кардиологического профиля. Возможно применение как общих (универсальных) опросников, оценивающих здоровье в целом у различных больных, так и специализированных, которые сфокусированы на симптомах, функциональных ограничениях и психологическом состоянии пациентов с ИБС до операции и после нее. Оценка качества жизни позволяет получить комплексную и клинически релевантную картину влияния заболевания и проведённой операции на жизнь пациента [29].

К наиболее часто используемым общим опросникам относят:

• **Общий опросник здоровья SF-36 (Short Form-36)** – состоит из 36 вопросов, оценивает восемь параметров: физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; общее состояние здоровья; жизненную активность; социальное функционирование; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; психическое здоровье. Его краткие версии (SF-12, SF-8) применяются при необходимости быстрой оценки.

• **Профиль влияния заболевания (Sickness Impact Profile, SIP)** – оценивает субъективное восприятие здоровья респондентом и применяется для оценки эффективности различных лечебных и реабилитационных программ. Он универсален и может использоваться как у здоровых людей, так и у лиц с широким спектром заболеваний в различных демографических и популяционных группах.

• **Индекс здоровья (EuroQol-5 Dimensions, EQ-5D)** – состоит из двух частей; первая – это самоопросник, включающий пять измерений: подвижность, самообслуживание, повседневная активность, боль/дискомфорт и тревога/депрессия. Каждое измерение оценивается по трёх- (EQ-5D-3L) или пятиуровневой (EQ-5D-5L) шкале в зависимости от выраженности проблемы, что в совокупности формирует оценку состояния здоровья. Вторая часть представляет собой визуально-аналоговую шкалу, где пациент отмечает своё текущее состояние от 0 (наихудшее здоровье) до 100 (наилучшее) баллов, что даёт количественную общую оценку статуса здоровья.

• **Ноттингемский профиль здоровья (Nottingham Health Profile, NHP)** – краткий опросник, который состоит из двух частей: первая включает шкалы эмоций, сна, энергии, боли, подвижности и социальной изоляции; вторая оценивает влияние состояния здоровья на различные сферы жизни — работу, домашнее хозяйство, социальную, семейную и сексуальную сферы, а также увлечения и отдых.

• **Опросник оценки качества жизни (NJ QoL-29)** – разработан совместно специалистами из Санкт-Петербурга и Нью-Джерси и состоит из 29 вопросов, объединённых в семь шкал: подвижность, самообслуживание, эмоциональное, социальное и когнитивное функционирование, слабость и боль. Пациент оценивает различные аспекты своей жизни за последние две недели по шкалам Ликерта с тремя-четырьмя вариантами ответов. Баллы по каждой шкале трансформируются в показатель от 0 до 100, где более высокое значение соответствует лучшему качеству жизни. Все шкалы

также могут быть сведены в единый интегральный индекс от 0 до 1. Методика предназначена для лиц старше 18 лет, она эргономична, удобна и проста в заполнении.

• **Шкала благополучия (Quality of Well-Being Scale, QWB)** – оценивает общее состояние пациента за последние три дня по четырём направлениям: физическая активность, социальная активность, мобильность и симптомы; шкала состоит из 71 пункта, существует две разные версии: для проведения интервьюером и для самостоятельного заполнения.

Специализированные опросники:

• **Сиэтлский опросник при стенокардии (Seattle Angina Questionnaire, SAQ)** – разделен на 5 основных шкал, оценивающих ограничение физической активности, стабильность и частоту приступов; удовлетворенность лечением; отношение к болезни.

• **Опросник оценки результатов коронарной реваскуляризации (Coronary Revascularisation Outcome Questionnaire, CROQ)** – уникальный опросник, разработанный специально для оценки состояния пациентов после коронарного шунтирования (CROQ-CABG) или рентгенэндоваскулярной реваскуляризации миокарда (CROQ-PTCA). Оценивает симптомы, физическое и эмоциональное функционирование, удовлетворённость лечением и осложнения. Включает предоперационные и постоперационные версии для CROQ-CABG (52 вопроса) и CROQ-PTCA (47 вопросов).

• **Миннесотский опросник для пациентов с сердечной недостаточностью (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, MLHFQ)** – оценивает влияние симптомов сердечной недостаточности и лечения на физическую и эмоциональную сферы жизни.

• **Индекс активности Дьюка (Duke Activity Status Index, DASI)** – это краткий, валидированный опросник для оценки функциональной способности и толерантности к физической нагрузке у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Позволяет косвенно оценить максимальное потребление кислорода (VO_2 max).

• **Шкала депрессии при сердечно-сосудистых заболеваниях (Cardiac Depression Scale)** – используется для более точного выявления депрессии у кардиологических пациентов, учитывая соматические симптомы.

• **Кардиологический профиль здоровья (Cardiac Health Profile, CHP)** – это специализированный опросник для оценки качества жизни у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, особенно ИБС; состоит из трёх ключевых частей: шкала функционального класса стенокардии, основная шкала качества жизни, включающая 16 вопросов, и раздел для субъективной оценки соотношения «стоимость–полезность» проводимой терапии.

• **Опросник MacNew Heart Disease Health-Related Quality of Life Questionnaire** – предназначен для оценки качества жизни пациентов с различными формами ИБС. Он состоит из 27 вопросов с семибалльной шкалой ответов. После обработки результаты формируют три основные шкалы: эмоционального, физического и социального самочувствия, а также итоговый показатель, выраженный в баллах от 1 до 7.

• **Шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale)** – специально разработана для скрининга тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с соматическими заболеваниями, минимизируя влияние физических симптомов на результат.

Особенности качества жизни у больных ИБС с диффузным поражением коронарного русла

У пациентов с ИБС и диффузным поражением коронарного русла отмечается значительное ухудшение физического компонента здоровья (опросник SF-36) по сравнению с контрольной группой. Наиболее выраженные различия наблюдаются в показателях Физического функционирования и Интенсивности боли, что отражает существенное ограничение повседневной активности и тяжесть стенокардии в исследуемой группе. Показатель Общего физического благополучия также значимо ниже. Тяжесть заболевания оказывает сильное влияние на эмоциональную сферу, что проявляется в снижении Ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием. Однако Общее душевное благополучие у пациентов с ИБС и диффузным поражением коронарного русла в целом сохраняется на удовлетворительном уровне.

Интересно, что такие факторы, как возраст и индекс коморбидности, не оказывают статистически значимого влияния на качество жизни, что может противоречить некоторым другим исследованиям. Однако стоит отметить, что пациенты с диффузным поражением коронарного русла составляют особую группу больных, тяжесть состояния которой обусловлена степенью поражения коронарного русла, длительностью течения заболевания, его проявлениями, поэтому остальные факторы обладают меньшим влиянием на качество жизни.

При анализе качества жизни (опросник SF-36) у пациентов выделенных фенотипов ИБС с диффузным поражением коронарного русла были выявлены специфические изменения. Так, для пациентов метаболического фенотипа оказались характерны наиболее выраженные ограничения в физической сфере. У них достоверно ниже, чем во всех других группах, были показатели Физического функционирования, Интенсивности боли и Общего физического благополучия, что указывает на более тяжелое проявление стенокардии и существенное снижение повседневной активности, дополнительно связанное с комплексом метаболических нарушений.

В противоположность этому, у больных фенотипа сниженных миокардиальных резервов ключевые различия проявились в психоэмоциональной сфере. У данной категории пациентов было зафиксировано статистически значимое уменьшение показателя Общего душевного благополучия по сравнению со всеми остальными фенотипами. Этот результат позволяет выделить данный фенотип в группу, в том числе особого психологического риска.

Исследование приверженности лечению больных ИБС с диффузным поражением коронарного русла

Параллельно с развитием концепции оценки качества жизни в клинической медицине оформилось другое фундаментальное направление – изучение приверженности пациента лечению. Если качество жизни измеряет достигнутый уровень благополучия, то приверженность оценивает осознание пациентом важности и готовности к выполнению действий, необходимых для достижения этого благополучия и поддержания его в условиях болезни. Комплексная оценка приверженности, охватывающая готовность следовать медикаментозным и немедикаментозным назначениям, а также регулярность контактов с врачом, следованию рекомендаций, открыла новые

возможности для прогнозирования. Анализ этой многомерной характеристики позволяет не только объяснить вариабельность клинических исходов у внешне схожих пациентов, но и строить индивидуальные прогнозы, выявляя тех, кто в наибольшей степени нуждается в интенсивной поддержке и сопровождении [1,30]. Таким образом, приверженность трансформировалась в центральный элемент современной медицины, где понимание поведения пациента стало основой для построения эффективных и персонализированных лечебных стратегий.

К наиболее часто используемым в кардиохирургии опросникам приверженности лечению относят:

• **Универсальный опросник количественной оценки приверженности лечению (КОП-25)** – представляет собой анкету из 25 вопросов с шестью вариантами ответов на каждый, заполняемую респондентом самостоятельно или с участием интервьюера в строгой последовательности с выбором только одного ответа на вопрос.

• **Шкала Мориски-Грина (Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-4/8)** – это наиболее валидированный и широко используемый опросник для оценки приверженности пациентов к медикаментозному лечению в кардиологии и кардиохирургии.

• **Шкала приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии (НОДФ)** – состоит из 4 вопросов и предназначена для комплексной оценки приверженности (потенциальной, фактической, преднамеренной, непреднамеренной, а также на разных этапах терапии). Она позволяет классифицировать уровень соблюдения предписаний: от абсолютной приверженности до полного отказа от лечения, а также выявить причины таких нарушений.

• **Шкала самоэффективности в соблюдении медикаментозной терапии (Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale, SEAMS)** – это опросник оценки приверженности пациентов соблюдению медикаментозной терапии при хронических заболеваниях, включая ИБС и ХСН. Существует две версии опросника: полная (21 вопрос) и сокращённая (13 вопросов).

• **Шкала Hill-Bone** – рекомендуется к использованию у пациентов с артериальной гипертензией, содержит 14 вопросов.

• **Опросник приверженности и восполнения лекарств (Adherence to Refills and Medications Scale, ARMS)** – состоит из 12 вопросов, оценивающих регулярность приёма лекарств и своевременность их пополнения.

• **Опросник лекарственной приверженности (Beliefs about Medicines Questionnaire, BMQ)** – представляет собой универсальную шкалу для диагностики приверженности к конкретным препаратам и выявления причин её нарушений, он уникален тем, что определяет не только пропуски приёма лекарств, но и их избыточное употребление.

Особенности приверженности лечению у больных ИБС с диффузным поражением коронарного русла

При сравнении приверженности лечению (опросник КОП-25) у больных с ИБС и диффузным поражением коронарного русла отмечаются гендерные различия: женщины выражают большую готовность как к медикаментозному лечению, так и к модификации образа жизни, чем мужчины.

Ожирение

У пациентов с ожирением наблюдается снижение приверженности изменению образа жизни, особенно в компоненте готовности к действиям. Это может быть обусловлено комплексом психологических, физиологических и социальных факторов. Сохранность осознания важности вмешательства указывает на информированность пациентов, однако необходимость долгосрочного следования рекомендациям и устоявшиеся привычки часто снижают мотивацию к активным действиям.

Сопутствующая патология

У больных ИБС с диффузным поражением коронарного русла в сочетании с сахарным диабетом второго типа показатель приверженности лекарственной терапии оказался значимо выше по сравнению с пациентами без сопутствующего сахарного диабета. Наличие хронического заболевания, требующего постоянного лечения, формирует более высокую осознанность необходимости систематического контроля и регулярного приема лекарств, что снижает уровень внутреннего сопротивления и повышает приверженность. Кроме того, эти пациенты чаще находятся под динамическим наблюдением специалистов, что увеличивает уровень информированности о важности терапии.

Неконтролируемая артериальная гипертензия

У пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией наблюдается значимое снижение приверженности как лекарственной терапии, так и медицинскому сопровождению. Причинно-следственную связь установить сложно, однако такое течение заболевание само по себе может служить маркером низкой приверженности. Снижение приверженности терапии свидетельствует о барьерах, таких как сложный режим дозирования, побочные эффекты или недостаточная информированность. Одновременное снижение приверженности медицинскому сопровождению указывает на недостаточную частоту посещений врача. Эти параметры взаимосвязаны: нерегулярное наблюдение ведет к снижению контроля за приемом препаратов, а пропуск приема — к разочарованию в лечении. Значительную роль также могут играть психологические аспекты, такие как отрицание болезни, и социально-экономические факторы. Данные выводы подчеркивают необходимость разработки комплексных программ для таких пациентов, включающих образование, психологическую поддержку, упрощение терапии и усиление взаимодействия с врачом через индивидуальный подход и регулярный мониторинг.

Влияние проведенной ранее рентгенэндоваскулярной операции

У пациентов с диффузным поражением, ранее перенесших чрескожное коронарное вмешательство, была выявлена общая тенденция к снижению приверженности лечению, затрагивающая все ее аспекты: как приверженность медикаментозной терапии и медицинскому сопровождению, так и готовность к изменению образа жизни. Эти данные позволяют предположить наличие феномена «снижения настороженности», когда успешно выполненная малотравматичная процедура может создавать у пациента ложное ощущение полного решения проблемы, ослабляя его внимание к дальнейшим рекомендациям. Особую клиническую значимость имеет снижение приверженности коррекции образа жизни, что может отражать психологическую установку на перекладывание ответственности на врача и медицинские технологии.

Снижение приверженности медикаментозной терапии также критично, учитывая доказанную необходимость длительного приема препаратов, например, антитромбоцитарных, для профилактики повторных событий. Эта закономерность подчеркивает важность внедрения специализированных программ долгосрочного сопровождения после вмешательства, включающих мотивационную работу и регулярный мониторинг.

При этом у пациентов, у которых развился рестеноз, было отмечено статистически значимое снижение приверженности именно медицинскому сопровождению. Этот факт указывает на возможную прогностическую особенность изучения приверженности лечения. Систематическое пренебрежение контрольными осмотрами и рекомендациями может создавать условия для возникновения рестеноза коронарного русла и в целом прогрессирования заболевания. Сниженная приверженность медицинскому сопровождению ограничивает возможности ранней диагностики и коррекции терапии, что необходимо для профилактики осложнений.

Влияние коронарного шунтирования на приверженность

Анализ динамики приверженности после хирургической реваскуляризации миокарда показал, что само по себе вмешательство не приводит к статистически значимому улучшению показателей приверженности в течение года наблюдения. Приверженность лечению формируется под влиянием сложного комплекса психологических и социальных факторов, и изолированная медицинская процедура без комплексной поддержки не меняет глубинных поведенческих паттернов. Даже у пациентов с исходно низкой приверженностью операция не становится «переломным моментом», что актуализирует необходимость разработки непрерывных образовательных программ, начинающихся на этапе подготовки к лечению.

Прогнозирование на основе изучения приверженности

Важным прогностическим аспектом оказалась предоперационная оценка приверженности. Пациенты, у которых в течение года после реваскуляризации развились осложнения, имели более низкие показатели приверженности медицинскому сопровождению, а также интегральный показатель, чем у пациентов с благоприятным исходом. Эти данные подчеркивают, что оценка приверженности лечению должна стать неотъемлемой частью алгоритмов предоперационного стратификации риска, так как она является существенным фактором, влияющим на послеоперационный прогноз.

Взаимосвязь качества жизни и приверженности лечению больных ИБС с диффузным поражением коронарного русла

Анализ взаимосвязи качества жизни (опросник SF-36) и приверженности лечению (опросник КОП-25) показал комплексное влияние этих аспектов друг на друга. Так, более низкий уровень показателя Общего состояния здоровья и Жизненной активности коррелировал со снижением приверженности в целом. Интенсивность боли была связана с меньшим показателем Важности модификации образа жизни. При этом увеличение показателя Социального функционирования увеличивало и Важность лекарственной терапии.

Наиболее широкий спектр значимых связей выявлен у показателей Психического и Общего душевного благополучия: пациенты с более высокими баллами демонстрировали лучшую осознанность, готовность и фактическую приверженность ко всем компонентам лечения. Это указывает на то, что психологическое благополучие является ключевым ресурсом для следования врачебным рекомендациям и подчеркивает необходимость включения психологической поддержки в программы лечения.

Статистически значимые связи между показателями качества жизни (опросник SAQ), и уровнем приверженности лечению (опросник КОП-25) указывают на определяющую роль субъективного восприятия своего состояния. Удовлетворенность терапией и личное отношение пациента к своему заболеванию выступают ключевыми факторами, формирующими мотивацию и готовность к соблюдению врачебных предписаний. Это означает, что позитивное восприятие эффективности терапии напрямую укрепляет мотивацию пациента. Кроме того, более осознанное и серьезное отношение к своему заболеванию было ассоциировано с готовностью к регулярному медицинскому сопровождению.

Заключение

Комплексная реваскуляризации миокарда больных ИБС с диффузным поражением коронарного русла строится на индивидуальном подходе к каждому Пациенту, учитывая партнерское взаимодействие с ним; персонализированном подходе в лечении; учете различных фенотипических и генетических особенностей, семейного анамнеза, образа и качества жизни, приверженности лечению; а также включает прогнозирование исходов операции, контроль результатов и профилактику осложнений. Дополнение прямой реваскуляризации методикой ЮрЛеон позволяет преодолеть многие анатомические ограничения (диффузное дистальное поражение коронарных артерий) и улучшить результаты. Выделение клинических фенотипов служит основой для выбора оптимальной тактики, где хирургическая методика становится одним из элементов, интегрированных в индивидуальный план лечения, учитывающий психологические, социальные и патофизиологические особенности больного. Таким образом, современное лечение становится управляемым процессом совместной ответственности врача и пациента, конечной целью которого является не только успешная операция, но и достижение максимально возможного отдалённого функционального результата, увеличение продолжительности и улучшение качества жизни.

Литература

1. Шевченко Ю.Л. Сердечно-сосудистая хирургия – показатель развития медицинской науки и здравоохранения в стране: основные тенденции развития // Корпоративное здоровье и промышленная медицина. – 2024. – Т. 1. – № 1. – С.8-19.

2. Вайсман Д.Ш., Енина Е.Н. Показатели смертности от ишемической болезни сердца в Российской Федерации и ряде регионов: особенности динамики и структуры // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2024. – Т.23. – №7. – С. 23-30. doi:10.15829/1728-8800-2024-3975.

3. Martin SS, Aday AW, Almarzooq ZI, Anderson CAM, Arora P, et al; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. 2024 Heart Disease and Stroke Statistics: A Report of US and Global Data From the American Heart Association. Circulation. 2024;149(8):e347-e913. doi: 10.1161/CIR.0000000000001209.

4. Lenzen M, Scholte op Reimer W, Norekvål TM, De Geest S, Fridlund B, Heikkilä J, Jaarsma T, Mårtensson J, Moons P, Smith K, Stewart S, Strömberg A, Thompson DR, Wijns W. Pharmacological treatment and perceived health status during 1-year follow up in patients diagnosed with coronary artery disease, but ineligible for revascularization. Results from the Euro Heart Survey on Coronary Revascularization. Eur J Cardiovasc Nurs. 2006;5(2):115-121. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2006.01.003.

5. Lozano I, Capin E, de la Hera JM, Llosa JC, Carro A, López-Palop R. Diffuse Coronary Artery Disease Not Amenable to Revascularization: Long-term Prognosis. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2015;68(7):631-633. doi: 10.1016/j.rec.2015.02.013.

6. Williams B, Menon M, Satran D, Hayward D, Hodges JS, Burke MN, Johnson RK, Poulose AK, Traverse JH, Henry TD. Patients with coronary artery disease not amenable to traditional revascularization: prevalence and 3-year mortality. Catheter Cardiovasc Interv. 2010;75(6):886-91. doi: 10.1002/ccd.22431.

7. Шевченко Ю.Л., Борщев Г.Г. Экстракардиальная реваскуляризация миокарда у пациентов с ИБС и диффузным поражением коронарного русла. – Москва: Издательство «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И.Пирогова», 2022.

8. Акчурин Р.С., Ширяев А.А., Андреев А.В., Васильев В.П., Галяутдинов Д.М., Зайковский В.Ю., Мукимов Ш.Д. Коронарное шунтирование при диффузном поражении коронарных артерий: использование аутоартериальных трансплантатов // Кардиологический вестник. – 2021. – Т. 16. - № 4. – С. 5-10. doi: 10.17116/Cardiobulletin2021160415.

9. Андреев А.В., Ахмадов И.И., Ширяев А.А., Васильев В.П., Галяутдинов Д.М., Курбанов С.К., Пашаев Р.А., Акчурин Р.С. Госпитальные результаты аутоартериального коронарного шунтирования при диффузном поражении коронарных артерий // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2023. – Т. 16. – № 2. – С. 135-141.

10. Ширяев А.А., Акчурин Р.С., Васильев В.П., и др. Годовые результаты коронарного шунтирования у пациентов с диффузным поражением коронарных артерий // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2021. – Т. 14. – № 5. – С. 413-419.

11. Farooq O., Jan A., Awan N.I., Ghani U. Diffuse Coronary Artery Disease - A Challenge To Revascularize And The Role Of Coronary Endarterectomy. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2022; 34(3):S720-S722.

12. Li D., Guo P., Chen L., Wu Y., Wang G., Xiao C. Outcomes of Surgical Patch Angioplasty of The Coronary Artery for Diffuse Coronary Artery Disease. Braz J Cardiovasc Surg. 2020; 35(5): 706-712.

13. Nishigawa K., Fukui T., Yamazaki M., et al. Ten-Year Experience of Coronary Endarterectomy for the Diffusely Diseased Left Anterior Descending Artery. Ann Thorac Surg. 2017; 103(3):710-716.

14. Heo W., Min H.K., Kang D.K., et al. Long Segmental Reconstruction of Diffusely Diseased Left Anterior Descending Coronary Artery Using Left Internal Thoracic Artery with Extensive Endarterectomy. Korean J Thorac Cardiovasc Surg. 2015; 48(4):285-288.

15. Mirhoseini M., Cayton M. Revascularization of the heart by laser. J. Microsurg. 1981;2:253-260.

16. Бокерия Л.А., Донаканян С.А., Биниашвили М.Б., Шварц В.А., Петросян А.Д., Глушко Л.А., Испирян А.Ю., Санакоев М.К., Сокольская М.А., Ле Т.Г. Результаты рандомизированного клинического исследования альтернативных стратегий хирургического лечения больных ишемической болезнью сердца при невозможности полной реваскуляризации миокарда // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2024. – Т. 66. – № 6. – С. 801-809.

17. Briones E., Lacalle J.R., Marin-Leon I., et al. Transmyocardial laser revascularization versus medical therapy for refractory angina. Cochrane Database Syst Rev. 2015; 2: CD003712.

18. Schofield P.M., McNab D. National Institute for Health and Clinical. NICE evaluation of transmyocardial laser revascularisation and percutaneous laser revascularisation for refractory angina. Heart. 2010;96(4):312-313.

19. Peterson E.D., Kaul P., Kaczmarek R.G., et al. From controlled trials to clinical practice: monitoring transmyocardial revascularization use and outcomes. J Am Coll Cardiol. 2003; 42(9):1611-1616.

20. Шевченко Ю.Л., Борщев Г.Г., Фомина В.С., Ким К.Ф. Исследование фактора роста эндотелия сосудов у пациентов с ИБС, которым выполняется операция коронарного шунтирования // Гены и клетки. – 2019. – Т. 13. – № 4: – С. 68-71.

21. Шевченко Ю.Л., Борщев Г.Г., Ульбашев Д.С., Вахромеева М.Н., Вахрамеева А.Ю. Прогнозирование исходов реваскуляризации сердца в зависимости от сократительной способности левого желудочка и количества жизнеспособного миокарда у больных ИБС // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2020. – Т.62. – № 6. – С. 563-570. doi:10.24022/0236-2791-2020-62-6-563-570.

22. Шевченко Ю.Л. Иммобилизирующий интерстициальный фиброз сердца. Часть 1 // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. — 2022. — Т. 17. — № 2. — С. 4-10. doi: 10.25881/20728255_2022_17_2_4.

23. Шевченко Ю.Л., Ульбашев Д.С. Иммобилизирующий интерстициальный фиброз сердца. Часть 2 // Вестник НМХЦ им Н.И. Пирогова. – 2022. – Т.17. – №3. – С. 4-10. doi: 10.25881/20728255_2022_17_3_4.

24. Shevchenko Yu.L., Plotnitsky A.V., Ulbashev D.S. Immobilizing Interstitial Cardiac Fibrosis. Cardiol Res. 2023;14(2):123-132. doi:10.14740/cr1467.

25. Шевченко Ю.Л. Концепция исследования качества жизни в кардиологии // Вестник Российской Военно-медицинской академии. — 2000. — № 1. — С. 5-13.

26. Шевченко Ю.Л. Концепция качества жизни общества как новая парадигма управления развитием здравоохранения в XXI веке // Вестник РАМН. — 2000. — № 4. — С. 128-139.

27. Шевченко Ю.Л., Новик А.А., Тюрин В.П., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в кардиологии // Вестник межнационального центра исследования качества жизни. — 2007. — № 9-10. — С. 4-14.

28. Шевченко Ю.Л., Новик А.А., Тюрин В.П., Ионова Т.И. Методологические и концептуальные аспекты исследования качества жизни в кардиологии. Научные труды Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. — М., 2009.

29. Шевченко Ю.Л., Новик А.А., Ионова Т.И Руководство по исследованию качества жизни в медицине (3-е издание, переработанное и дополненное). — М.: Издательство РАЕН, 2012.

30. Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Опросники и шкалы для оценки приверженности к лечению — преимущества и недостатки диагностического метода в научных исследованиях и реальной клинической практике. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – Т. 19. – № 3. – С. 232-239. doi:10.15829/1728-8800-2020-2562.

6П-ПОДХОД В ПРЕДИКЦИИ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Фархутдинова А. Ш., Синеглазова А. В.

В последние годы всё более активно используется понятие кардиометаболического риска (КМР), объединяющее совокупность факторов риска развития кардиоваскулярных заболеваний и сахарного диабета 2 типа [1]. Расширенная оценка кардиометаболического риска с учётом числа всех имеющихся факторов демонстрирует более широкий спектр изменений метаболического здоровья. В проведенном нами исследовании изучены следующие факторы риска: индекс массы тела (ИМТ) ≥ 25 кг/м^2; абдоминальное ожирение (АО); повышенный уровень висцерального жира; высокое нормальное артериальное давление (АД) и артериальная гипертензия (АГ); повышенный уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП); сниженный уровень холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП); повышенный уровень холестерина не липопротеинов высокой плотности (ХС-неЛВП); гипертриглицеридемия (ГТГ), предиабет; гиперинсулинемия; инсулинорезистентность (ИР), определенная по уровню HOMA-IR более 2,52; повышенный уровень высокочувствительного С-реактивного белка более 2 мг/л (вч-СРБ) [2, 3].

Изучение потенциальной приверженности лечению у молодых лиц, имеющих только факторы кардиометаболического риска, представляет интерес в связи с возможностью проведения мероприятий первичной профилактики. Однако, наиболее часто приверженность лечению в проведенных ранее исследованиях изучалась у пациентов, имеющих кардиометаболические заболевания, а также в среднем или пожилом возрасте [4, 5, 6, 7, 8]. Наиболее изученным видом приверженности среди лиц молодого возраста является приверженность модификации образа жизни и пути её достижения. В качестве метода/критерия оценки приверженности чаще всего использована приверженность здоровому образу жизни, оцененная по поведенческим факторам риска [9, 10]. При этом вызывают интерес данные, отражающие комплексную оценку приверженности в когорте лиц молодого возраста: общую приверженность лечению, приверженность модификации образа жизни и медицинскому сопровождению, потенциальную приверженность лекарственной терапии. Так как они могут иметь значение для совершенствования и персонализации, повышения эффективности профилактических программ.

В рамках проспективного 18-месячного исследования приверженность лечению оценивалась по опроснику количественной оценки приверженности КОП-25 [11, 12, 13], а именно, использовался вариант для количественной оценки потенциальной приверженности лечению лиц, не имеющих заболеваний и/или не знающих о них, или не имеющих клинических проявлений заболеваний.

При изучении частоты приверженности лечению в когорте лиц молодого возраста без кардиометаболических заболеваний (45 мужчин (47,9%) и 49 женщин (52,1%) в возрасте Me=35 [30-40] лет) показано, что более половины обследованных

имели низкую общую приверженность лечению, приверженность модификации образа жизни и лекарственной терапии (рисунок 1) [14, 15, 16]. Низкую приверженность медицинскому сопровождению имел каждый второй обследованный.

Рисунок 1. Структура видов приверженности лечению у лиц молодого возраста. Примечание – n – количество лиц, у которых выявлен признак; % – доля лиц, у которых выявлен признак

Медиана приверженности медицинскому сопровождению соответствовала среднему уровню (Me=51,1 [41,9-62,6] %), медианы потенциальной приверженности лекарственной терапии, модификации образа жизни и общей приверженности лечению были в интервалах низкого уровня (Me=39,1 [30,2-64,3] %; Me=48,9 [40-58,4] % и Me=43,9 [36-60,3] % соответственно). Несмотря на использование других опросников и методик изучения приверженности и включение лиц разных возрастных групп, в исследовании ЭССЕ-РФ-2 аналогично полученным нами данным показано, что пациенты в более половине случаев имели низкую приверженность [17]. Это отражает общемировую тенденцию. Данные авторов из Китая также продемонстрировали низкую частоту высокой приверженности обследованных к здоровому образу жизни — 2,1% [18]. По данным NHANES в когорте молодых наблюдается в целом низкий удельный вес лиц с высокой приверженностью: в 2003-2006 годах — 2,7% [19], в 2013-2014 годах — 7,1% [2020]. При этом к числу пациентов с высокой приверженностью отнесены те, кто имел достаточную физическую активность, здоровое питание, не курил и по данным двуэнергетической рентгеновской абсорбциометрии имел рекомендуемое процентное содержание жира в организме. Таким образом, данные различных исследований в целом согласуются друг с другом, однако имеются принципиальные отличия в оценке приверженности. Использование нами опросника КОП-25 поз-

волило получить более развернутые данные о различных видах приверженности в молодом возрасте: модификации образа жизни, медицинскому сопровождению и потенциальной приверженности лекарственной терапии. При этом при корреляционном анализе всех видов приверженности по опроснику КОП-25 установлены статистически значимые сильные прямые связи (таблица 1).

Таблица 1. Корреляция различных видов приверженности по опроснику КОП-25

Виды приверженности		Приверженность модификации образа жизни	Потенциальная приверженность лекарственной терапии	Приверженность медицинскому сопровождению
Общая приверженность лечению	r_s	0,799	0,963	0,918
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Приверженность модификации образа жизни	r_s		0,643	0,774
	p		**0,000**	**0,000**
Потенциальная приверженность лекарственной терапии	r_s			0,853
	p			**0,000**

Примечание *– r_s – коэффициент корреляции Спирмена; p – уровень достоверности.*

При сравнении социально демографических характеристик с учётом разных уровней приверженности по опроснику КОП-25 установлено, что в группе лиц с высокой общей приверженностью лечению и потенциальной приверженностью лекарственной терапии преобладали женщины (p=0,022 и p=0,045). Избыточное потребление сахара с наибольшей частотой отмечено у лиц с низким уровнем общей приверженности лечению и приверженности модификации образа жизни (p=0,026 и p=0,045). Недостаточное потребление фруктов и овощей чаще выявлено у лиц с низким уровнем приверженности модификации образа жизни (p=0,025). Ежедневное курение чаще встречалось у лиц с низким уровнем общей приверженности лечению, потенциальной приверженностью лекарственной терапии и медицинскому сопровождению, в сопоставлении с высокой приверженностью лечению (Таблица 2).

Таблица 2. Социально-демографические характеристики и поведенческие факторы риска у лиц молодого возраста при различных видах приверженности

Социально-демографические характеристики и поведенческие факторы риска		Уровни приверженности			p_g
		Низкая, n (%)	Средняя, n (%)	Высокая, n (%)	
		1	2	3	
Общая приверженность лечению					
Пол	Мужчины	32 (52,5)	12 (50)	1 (11,1)	0,066
	Женщины	29 (47,5)	12 (50)	8 (88,9)	
Избыточное потребление сахара	Да	22 (36,1)	6 (25)	0 (0)	0,073
	Нет	39 (63,9)	18 (75)	9 (100)	
Ежедневное курение	Да	22 (36,1)	2 (8,3)	0 (0)	**0,007**
	Нет	39 (63,9)	22 (91,7)	9 (100)	
Приверженность модификации образа жизни					
Недостаточное потребление фруктов и овощей	Да	20 (40)	11 (31,4)	5 (55,6)	0,067
	Нет	30 (60)	24 (68,6)	4 (44,4)	
Избыточное потребление сахара	Да	16 (32)	12 (34,3)	0 (0)	0,118
	Нет	34 (68)	23 (65,7)	9 (100)	
Потенциальная приверженность лекарственной терапии					
Пол	Мужчины	31 (50,8)	12 (54,5)	2 (18,2)	0,106
	Женщины	30 (49,2)	10 (45,5)	9 (81,8)	
Ежедневное курение	Да	21 (34,4)	3 (14,3)	0 (0)	**0,022**
	Нет	40 (65,6)	18 (85,7)	11 (100)	
Приверженность медицинскому сопровождению					
Ежедневное курение	Да	15 (33,3)	9 (27,3)	0 (0)	**0,037**
	Нет	30 (66,7)	24 (72,7)	15 (100)	

Примечание: *n – количество лиц, у которых выявлен признак; % – доля лиц, у которых выявлен признак; p_G – статистическая значимость общего направления сдвига измеряемой переменной по критерию χ^2 Пирсона*

Отметим, что высокую общую приверженность лечению и потенциальную приверженность лекарственной терапии чаще имели женщины. Ежедневное курение чаще встречалось у лиц с низким уровнем общей приверженности лечению, приверженности лекарственной терапии и медицинскому сопровождению, в сопоставлении с высокой приверженностью. Избыточное потребление сахара с наибольшей частотой установлено у лиц с низким уровнем общей приверженности лечению и приверженности модификации образа жизни.

Почти у половины обследованных при 18-месячном наблюдении отмечено повышение кардиометаболического риска (рисунок 2). У каждого третьего произошло его снижение. Медианы дельты факторов кардиометаболического риска в динамике наблюдения составили: в общей когорте – 0 [-1; 1]; в группе повышения риска – 1,5 [1; 2]; снижения – -1,5 [-1; -2].

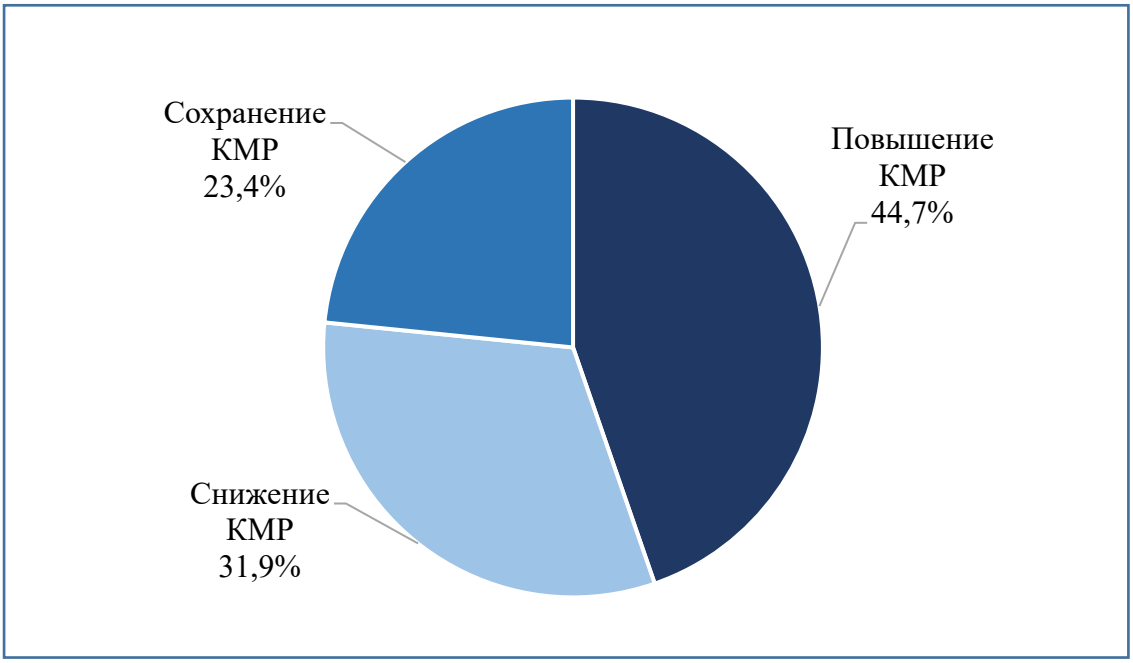

Рисунок 2. Динамика кардиометаболического риска.

При изучении динамики кардиометаболического риска в группе повышения установлено статистически значимое увеличение частоты предиабета, абдоминального ожирения, инсулинорезистентности, повышенного вч-СРБ. В каждом третьем случае развился предиабет (таблица 3). Снижение кардиометаболического риска ассоциировано с уменьшением частоты повышенного ХС-ЛПНП и липитензии при сохранении частоты абдоминального ожирения и увеличении частоты гипертриглицеридемии.

Таким образом, увеличение кардиометаболического риска было обусловлено нарастанием частоты и степени выраженности факторов риска: абдоминального ожирения, повышенного гликированного гемоглобина, предиабета, инсулинорезистентность и вч-СРБ ≥ 2 мг/л [3]. Эти данные частично согласуются с проспективным 6-летним исследованием, проведённым среди студентов медицинского университета (средний возраст – 17,8±1,2 лет) [21]. Было выявлено статистически значимое повышение в динамике показателей артериального давления, избыточной массы тела/конституционального ожирения, общего холестерина и триглицеридов.

Таблица 3. Частота факторов риска при различной динамике кардиометаболического риска

Факторы кардиометаболического риска (n=94)		Снижение КМР n=30 (31,9%)	$p_{M\text{-}N}$	Сохранение КМР n=22 (23,4%)	$p_{M\text{-}N}$	Сохранение КМР n=22 (23,4%)	$p_{M\text{-}N}$
АО	1 осмотр	13 (43,3)	1,000	9 (40,9)	0,250	14 (33,3)	**0,004**
	2 осмотр	13 (43,3)		11 (50)		23 (54,8)	
Липитензия	1 осмотр	7 (23,3)	**0,016**	2 (9,1)	1,000	6 (14,3)	1,000
	2 осмотр	0 (0)		3 (13,6)		6 (14,3)	
↑ХС-ЛПНП	1 осмотр	24 (80)	**0,001**	14 (63,6)	1,000	24 (57,1)	0,227
	2 осмотр	10 (33,3)		13 (59,1)		29 (69)	
ГТГ	1 осмотр	0 (0)	**0,000**	1 (4,5)	0,625	2 (4,8)	0,070
	2 осмотр	12 (40)		3 (13,6)		8 (19)	
↑ХС-неЛВП	1 осмотр	17 (56,7)	1,000	13 (59,1)	0,625	23 (54,8)	**0,004**
	2 осмотр	16 (53,3)		11 (50)		11 (26,2)	
HbA1c=6-6,5%	1 осмотр	5 (16,7)	0,375	2 (9,1)	1,000	3 (7,1)	**0,001**
	2 осмотр	2 (6,7)		2 (9,1)		16 (38,1)	
Предиабет	1 осмотр	6 (20)	0,219	2 (9,1)	1,000	3 (7,1)	**0,001**
	2 осмотр	2 (6,7)		2 (9,1)		16 (38,1)	
Впервые выявленный предиабет	1 осмотр	0 (0)	1,000	0 (0)	1,000	0 (0)	**0,000**
	2 осмотр	1 (3,3)		1 (4,5)		14 (33,3)	
ИР	1 осмотр	4 (13,3)	0,289	1 (4,5)	**1,000**	6 (14,3)	**0,000**
	2 осмотр	8 (26,7)		2 (9,1)		21 (50)	
вч-СРБ ≥ 2 мг/л	1 осмотр	7 (23,3)	1,000	6 (27,3)	1,000	6 (14,3)	**0,002**
	2 осмотр	6 (20)		7 (31,8)		16 (38,1)	

Примечание: *n – число лиц, имеющих признак; % – частота выявления признака; $p_{M\text{-}N}$ – достоверность между изменениями при 1 и 2 осмотре по χ^2 Мак-Немару.*

Снижение кардиометаболического риска в обследованной нами когорте происходило вследствие нормализации артериального давления и липидного профиля, а также их сочетания – липитензии [22]. Эти результаты частично согласуются с исследованием ЭССЕ-РФ, где показано, что предгипертензии сопутствуют нарушения липидного обмена (повышением уровня общего холестерина, холестерина липопротеинов низкой плотности, триглицеридов) [23]. Аналогичные нашим данные получены в Diabetes Prevention Programs (средний возраст участников – 50,8 лет): при проспективном наблюдении произошло снижение уровней артериального давления, триглицеридов и повышение ХС-ЛПВП с параллельным уменьшением веса, глюкозы плазмы натощак, гликированного гемоглобина [24]. Описываемое исследование предусматривало вмешательство в виде программы модификации образа жизни. Тем не менее, подчеркнуло возможность коррекции кардиометаболического риска.

Таблица 4. Сопоставление приверженности по опроснику КОП-25 с различной динамикой кардиометаболического риска

Приверженность по опроснику КОП-25 (n=94)		Динамика кардиометаболического риска			p_{1-2} p_{1-3} p_{2-3} p_G
		Снижение (n=42)	Сохранение (n=30)	Повышение (n=22)	
Вид приверженности	Уровень приверженности	1	2	3	
Общая приверженность лечению	Низкий	17 (56,7)	15 (68,2)	29 (69)	0,256 0,084 0,169 0,055
	Средний	8 (26,7)	4 (18,2)	12 (28,6)	
	Высокий	5 (16,7)	3 (13,6)	1 (2,4)	
Приверженность модификации образа жизни	Низкий	11 (36,7)	14 (63,6)	25 (59,5)	0,151 0,121 0,321 **0,016**
	Средний	15 (50)	5 (22,7)	15 (35,7)	
	Высокий	4 (13,3)	3 (13,6)	2 (4,8)	
Потенциальная приверженность лекарственной терапии	Низкий	17 (56,7)	16 (72,7)	28 (66,7)	0,679 0,683 0,596 0,151
	Средний	9 (30)	3 (13,6)	10 (23,8)	
	Высокий	4 (13,3)	3 (13,6)	4 (9,5)	
Приверженность медицинскому сопровождению	Низкий	9 (30)	13 (59,1)	23 (54,8)	0,165 0,101 0,607 **0,041**
	Средний	14 (46,7)	5 (22,7)	14 (33,3)	
	Высокий	7 (23,3)	4 (18,2)	5 (11,9)	

Примечание: *n – количество лиц, у которых выявлен признак; % – доля лиц, у которых выявлен признак; $p_{1,2}$ – уровень достоверности между лицами со снижением и сохранением риска по критерию χ^2 Пирсона, $p_{1,3}$ – уровень достоверности между лицами со снижением и повышением риска по критерию χ^2 Пирсона, $p_{2,3}$ – уровень достоверности между лицами с сохранением и повышением риска по критерию χ^2 Пирсона, p_G – статистическая значимость общего направления сдвига измеряемой переменной по критерию χ^2 Пирсона*

В результате 18-месячного проспективного наблюдения в когорте лиц молодого возраста установлены разнонаправленные изменения кардиометаболического риска в виде повышения, снижения и сохранения. Учитывая различный уровень приверженности по опроснику КОП-25, для оценки её роли в динамике кардиометаболического риска и отдельных его факторов был проведен более детальный статистический анализ.

В структуре по уровню приверженности у лиц с повышением кардиометаболического риска установлена достоверно меньшая частота высокого уровня приверженности модификации образа жизни и медицинскому сопровождению (таблица 4).

При сопоставлении медиан разных видов приверженности с учетом изменений кардиометаболического риска от снижения к повышению по критерию Краскела-Уоллиса установлено достоверно снижение значений общей приверженности лечению, приверженности модификации образа жизни и медицинскому сопровождению (таблица 5).

Таблица 5. Медианы различных видов приверженности лечению в зависимости от динамики кардиометаболического риска

Вид приверженности	Динамика кардиометаболического риска			$p_{k\text{-}w}$
	Снижение	Сохранение	Повышение	
	Me [25%;75%]	Me [25%;75%]	Me [25%;75%]	
Общая приверженность лечению	46,8 [41,3-62,5]	36,8 [31,8-58,2]	43,6 [35,7-61,2]	**0,046**
Приверженность модификации образа жизни	53,7 [43,4-67,3]	47,8 [41,1-59,6]	46,5 [35,2-55,7]	**0,049**
Потенциальная приверженность лекарственной терапии	45,3 [36,5-65,6]	32,4 [25,6-53,3]	39,1 [30,2-67,3]	0,069
Приверженность медицинскому сопровождению	56 [46,3-69,5]	43,3 [32,5-66,4]	48,4 [35,4-60,2]	**0,044**

Примечание: *Me – медиана; [25 – 75 %] – интерквартильный размах, $p_{k\text{-}w}$ – уровень достоверности между тремя сравниваемыми группами по критерию Краскела-Уоллиса*

В динамике наблюдения показано увеличение частоты факторов кардиометаболического риска (абдоминального ожирения, ↑ХС-неЛВП, HbA1c=6,0-6,5%, впервые выявленного предиабета, инсулинорезистентности) при низком уровне всех видов приверженности, оцененных по опроснику КОП-25, а также вч-СРБ ≥ 2 мг/л при низком уровне приверженности медицинскому сопровождению (таблица 6).

Таблица 6. *Сравнение частоты факторов кардиометаболического риска в зависимости от уровня приверженности по опроснику КОП-25 при 18-месячном наблюдении*

Факторы кардиометаболического риска (n=94)		Низкий уровень n (%)	$p_{M\text{-}N}$	Средний уровень n (%)	$p_{M\text{-}N}$	Высокий уровень n (%)	$p_{M\text{-}N}$
Общая приверженность лечению							
ИМТ ≥ 25, кг/м²	1 осмотр	31 (50,8)	0,096	12 (50)	**0,031**	6 (66,7)	1,000
	2 осмотр	23 (37,7)		6 (25)		5 (55,6)	
АО	1 осмотр	24 (39,3)	**0,012**	8 (33,3)	0,250	4 (44,4)	1,000
	2 осмотр	33 (54,1)		11 (45,8)		4 (44,4)	
↑ХС-неЛВП, ммоль/л	1 осмотр	33 (55)	**0,012**	15 (62,5)	0,219	5 (55,6)	1,000
	2 осмотр	21 (34,4)		11 (45,8)		6 (66,7)	
HbA1c=6,0-6,5%	1 осмотр	5 (8,2)	**0,039**	2 (8,3)	0,453	3 (33,3)	1,000
	2 осмотр	13 (21,3)		5 (20,8)		2 (22,2)	
Впервые выявленный преддиабет	1 осмотр	0 (0)	**0,002**	0 (0)	0,063	0 (0)	1,000
	2 осмотр	10 (16,4)		5 (20,8)		1 (11,1)	
ИР	1 осмотр	6 (10,2)	**0,007**	4 (16,7)	**0,016**	1 (11,1)	1,000
	2 осмотр	18 (29,5)		11 (45,8)		2 (22,2)	
Приверженность модификации образа жизни							
ИМТ ≥ 25, кг/м²	1 осмотр	26 (52)	0,077	16 (45,7)	**0,039**	7 (77,8)	1,000
	2 осмотр	18 (36)		9 (25,7)		7 (77,8)	
↑ХС-неЛВП, ммоль/л	1 осмотр	29 (59,2)	**0,008**	20 (57,1)	0,508	5 (55,6)	1,000
	2 осмотр	17 (34)		17 (48,6)		6 (66,7)	
HbA1c=6,0-6,5%	1 осмотр	5 (10)	**0,039**	1 (2,9)	0,375	4 (44,4)	1,000
	2 осмотр	13 (26)		4 (11,4)		3 (33,3)	
Впервые выявленный преддиабет	1 осмотр	0 (0)	**0,002**	0 (0)	0,125	0 (0)	0,500
	2 осмотр	10 (20)		4 (11,4)		2 (22,2)	
ИР	1 осмотр	6 (12,2)	**0,012**	4 (11,8)	**0,039**	1 (11,1)	0,375
	2 осмотр	15 (30)		12 (34,3)		4 (44,4)	

Потенциальная приверженность лекарственной терапии							
АО	1 осмотр	23 (37,7)	**0,002**	8 (36,4)	1,000	5 (45,5)	1,000
	2 осмотр	33 (54,1)		9 (40,9)		6 (54,5)	
↑ХС-неЛВП, ммоль/л	1 осмотр	34 (56,7)	**0,027**	13 (59,1)	0,625	7 (63,6)	1,000
	2 осмотр	23 (37,7)		11 (50)		6 (54,4)	
Впервые выявленный предиабет	1 осмотр	0 (0)	**0,004**	0 (0)	0,063	0 (0)	0,500
	2 осмотр	9 (14,8)		5 (22,7)		2 (18,2)	
ИР	1 осмотр	6 (10,2)	**0,007**	4 (18,2)	0,063	1 (9,1)	0,375
	2 осмотр	18 (29,5)		9 (40,9)		4 (36,4)	
Приверженность медицинскому сопровождению							
АО	1 осмотр	17 (37,8)	**0,016**	14 (42,4)	0,375	5 (31,3)	0,500
	2 осмотр	24 (53,3)		17 (51,5)		7 (43,8)	
HbA1c=6,0-6,5%	1 осмотр	4 (8,9)	**0,021**	2 (6,1)	1,000	4 (25)	1,000
	2 осмотр	12 (26,7)		3 (9,1)		5 (31,3)	
Впервые выявленный предиабет	1 осмотр	0 (0)	**0,004**	0 (0)	0,250	0 (0)	0,125
	2 осмотр	9 (20)		3 (9,1)		4 (25)	
ИР	1 осмотр	4 (9,1)	**0,021**	6 (18,8)	0,070	1 (6,3)	0,125
	2 осмотр	12 (26,7)		13 (39,4)		6 (35,7)	
вч-СРБ ≥ 2 мг/л	1 осмотр	8 (17,8)	**0,022**	7 (21,2)	1,000	4 (25)	1,000
	2 осмотр	17 (37,8)		7 (21,2)		5 (31,3)	

Примечание: *n – число лиц, имеющих признак; % – доля лиц, имеющих признак; $p_{M\text{-}N}$ – достоверность между изменениями при 1 и 2 осмотре по χ^2 Мак-Немару; ХС-неЛВП – холестерин не липопротеинов высокой плотности, HbA1c – гликированный гемоглобин*

Для оценки вклада социально-демографических и поведенческих факторов риска в повышение кардиометаболического риска построена регрессионная модель (p=0,017; коэффициент Найджелкера=15,3%; специфичность=84,8%; чувствительность=36,8%; диагностическая эффективность=63,1%):

$$p = 1 / (1 + e^{-z}) * 100\%$$

$$z = -2,523 + 1,19*X_{СП} + 0,094*X_{НПФО} + 1,188*X_{алкоголь},$$

где p – вероятность повышения кардиометаболического риска (%), $X_{СП}$ – семейное положение (0 – не в браке, 1 – женат/замужем), $X_{НПФО}$ – недостаточное потребление фруктов и овощей (0 – нет, 1 - есть фактор риска), $X_{алкоголь}$ – употребление алкоголя (0 – нет, 1 - есть фактор риска).

Семейное положение, недостаточное потребление фруктов и овощей, употребление алкоголя увеличивают вероятность повышения кардиометаболического риска в 3,3 раза, в 2,7 раз и в 3,3 раза соответственно.

Важно отметить, что включение в регрессионный анализ результатов оценки приверженности по опроснику КОП-25 нивелировало влияние вышеперечисленных факторов и показало связь только с приверженностью. Для детального анализа была построена модель «дерево решений», по результатам которой единственным предиктором повышения кардиометаболического риска явилась приверженность модификации образа жизни менее 30,22% (рисунок 3). У лиц, отнесенных в данную группу, кардиометаболический риск возрастал в 7,8 раз (p=0,045).

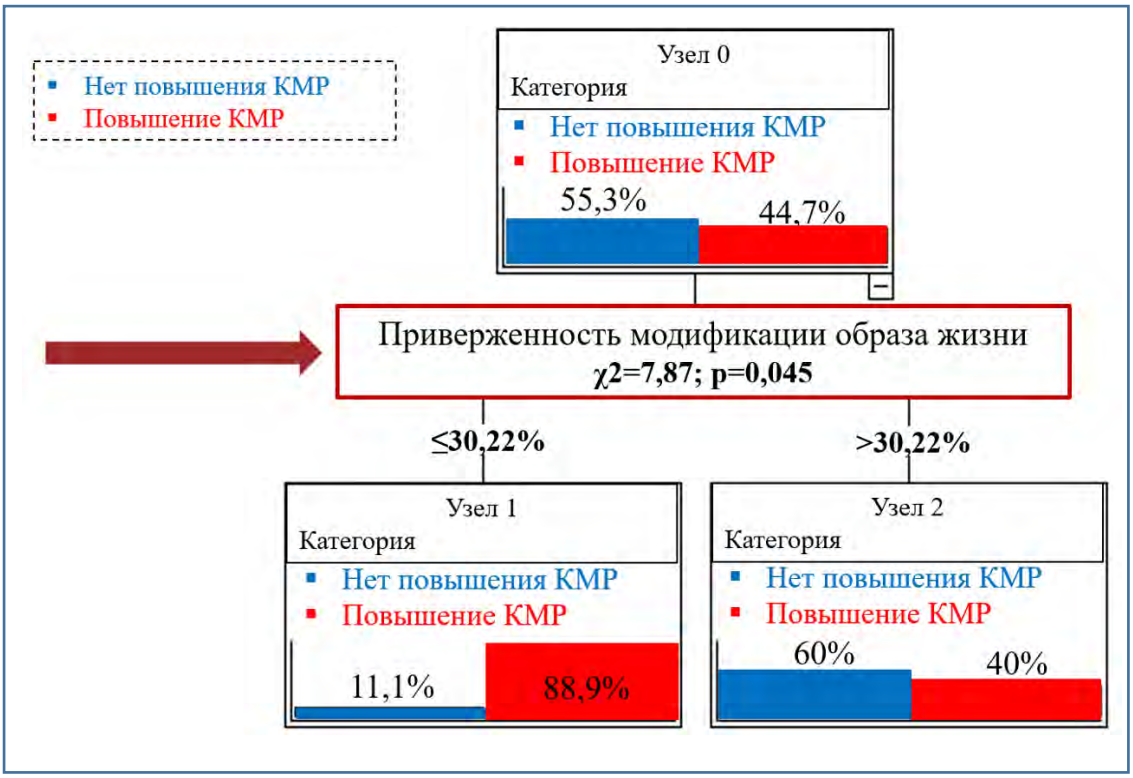

Рисунок 3. Модель «дерево решений» для повышения кардиометаболического риска в динамике 18-месячного наблюдения лиц молодого возраста

Таким образом, результаты исследования показали, что в течение 18-месячного наблюдения у лиц молодого возраста возможно изменение кардиометаболического риска как в сторону снижения, так и в сторону повышения. Без учёта уровня приверженности предикторами повышения кардиометаболического риска явились недостаточное потребление фруктов и овощей, употребление алкоголя, семейный статус «в браке».

Полученные результаты частично согласуются с данными исследования, проведенного в Тюмени среди лиц 25–64 лет [25]. У женщин брачный статус был ассоции-

рован с более высоким риском смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. В проспективном 6 летнем исследовании ЭССЕ-РФ, проведенном среди 10 регионов Российской Федерации, увеличение риска общей смертности в общей популяции и среди мужчин было связано с избыточным потреблением соли, а снижение риска общей смертности у женщин — с регулярным включением в рацион красного мяса и молочных продуктов [30].

Включение в статистический анализ оценки приверженности демонстрирует её значимость в динамике кардиометаболического риска у лиц молодого возраста. По результатам модели «дерево решений» независимым предиктором повышения кардиометаболического риска выступает низкая приверженность модификации образа жизни по КОП-25 ≤ 30,22%.

На основании полученных результатов предложен алгоритм ведения лиц молодого возраста с учетом оценки поведенческих факторов риска и приверженности модификации образа жизни с целью предупреждения повышения кардиометаболического риска (рисунок 4).

Рисунок 4. Алгоритм ведения лиц молодого возраста с учетом оценки поведенческих факторов риска и приверженности модификации образа жизни с целью предупреждения повышения кардиометаболического риска

При наличии низкой приверженности модификации образа жизни у лиц с изменениями параметров кардиометаболического профиля необходимо применение мотивационных стратегий.

На сегодняшний день имеется ряд стандартизированных моделей повышения приверженности терапии, например поведенческая модель SIMPLE [26], модель «Информирование-Мотивация-Стратегия» [27]. В то же время исследователи подтверждают необходимость персонализированного подхода – долгосрочного программи-

рования образа жизни с индивидуальным сопровождением [28, 29]. Так, клиническая эффективность структурированного консультирования по вопросам питания ранее была продемонстрирована при долгосрочном 9,8-летнем исследовании и ассоциировалась с повышением приверженности лечению [30].

Важными составляющими партнерских отношений с пациентом являются информирование о состоянии его здоровья, наличии факторов риска, последствиях при несоблюдении рекомендаций, а также ожидаемых результатах при выполнении/невыполнении назначений. Персонификация мотивации с выяснением отношения к своему здоровью, выявление «якорных» моментов и ценностных характеристик, учёт индивидуальных особенностей и привычного распорядка дня способствуют максимальной интеграции рекомендаций в жизнь пациента и повышению приверженности. В качестве инструмента повышения приверженности могут рассматриваться носимые устройства, мобильные приложения для дистанционного контроля здоровья, профилактики и коррекции факторов риска неинфекционных заболеваний, использование «цифрового профиля» пациента [31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40].

Описанные в главе данные согласуются с целями и общественно значимыми предполагаемыми результатами Национального проекта «Здоровье для каждого» и позволяют приоритизировать отбор пациентов для проведения мотивационного консультирования с учетом уровня приверженности модификации образа жизни по опроснику КОП-25 [41]. Предлагаемыми вариантами интеграции оценки приверженности в клиническую практику являются: заполнение опросника КОП-25 при прохождении профилактического медицинского осмотра и/или диспансеризации в личном кабинете на портале «Госуслуги», с помощью инфоматов в поликлинике или опросника в распечатанном виде. При выявлении факторов риска предлагается проведение оценки приверженности по заполненному опроснику. Пациентов с низким уровнем любого вида приверженности рекомендуется направить в центр здоровья для проведения как углубленного профилактического, так и мотивационного консультирования. Отдельные компоненты мотивационного консультирования могут применяться врачом-терапевтом участковым при проведении краткого профилактического консультирования. Важно соблюсти преемственность в ведении таких пациентов между врачом-терапевтом и врачом-профилактологом. Врачу-терапевту необходимо четко обозначить и донести значимость посещения центра здоровья.

Таким образом, в целях профилактики прогрессирования кардиометаболического риска в молодом возрасте рекомендована ранняя диагностика факторов риска с одновременной оценкой приверженности лечению по опроснику КОП-25. При наличии факторов риска и низком уровне приверженности должен быть рассмотрен персонифицированный подход с применением мотивационных стратегий.

Литература

1. Cardiometabolic Disease Staging and Major Adverse Cardiovascular Event Prediction in 2 Prospective Cohorts / C. R. Howell, L. Zhang, T. Mehta [et al.] // JACC: Advances. – 2024. – Vol. 3, № 4. – P. 100868.

2. DCRM 2.0: Multispecialty practice recommendations for the management of diabetes, cardiorenal, and metabolic diseases / Y. Handelsman, J. E. Anderson, G. L. Bakris [et al.] // Metabolism. – 2024. – Vol. 159. – URL: https://www.metabolismjournal.com/article/S0026-0495(24)00158-6/fulltext (дата обращения 24.03.2025).

3. Primary and residual cardiometabolic risk factors among young adults in a Russian city / A. V. Sineglazova, A. S. Fakhrutdinova, Z. R. Asatullina [et al.] // J Health Popul Nutr. – 2024. - Vol. 43. – P. 166.

4. Роль приверженности в профилактике артериальной гипертонии/ Ю. Н. Федулаев, Н. Д. Карселадзе, Ф. А. Евдокимов [и др.]// Медицинский алфавит. Серия «Артериальная гипертензия и коморбидность». – 2019. – Т. 2, № 30 (405). – С. 28–32.

5. Сумароков, А. Б. Неприверженность к лечению при гиперлипидемии — фактор риска сердечно-сосудистого заболевания? / А. Б. Сумароков // Кардиологический вестник. – 2021. – Т. 16, № 1. – С. 28–33.

6. Недогода, С.В. Факторы, препятствующие эффективной антигипертензивной терапии в амбулаторной практике: взгляд врачей и пациентов / С. В. Недогода, А. В. Сабанов, О. И. Бычкова // Российский кардиологический журнал. – 2020. – Т. 25, № 4. – С. 3776.

7. Приверженность к лечению и контроль артериальной гипертензии в рамках российской акции скрининга МММ19 / О. П. Ротарь, К. М. Толкунова, В. Н. Солнцев [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2020. – Т. 25, № 3. – С. 98-108.

8. Пути повышения приверженности к антигипертензивной терапии / С. А. Бойцов, Ю. А. Карпов, Н. А. Лагунова [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2022. – Т. 27, № 9. – С. 5202.

9. Приверженность к здоровому образу жизни в российской популяции в зависимости от социально-демографических характеристик населения / С. А. Шальнова, С. А. Максимов, Ю. А. Баланова [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – Т. 19, № 2. – С. 33-41.

10. Healthy Lifestyle Characteristics and Their Joint Association With Cardiovascular Disease Biomarkers in US Adults / P. D. Loprinzi, A. Branscum, J. Hanks, E. Smit // Mayo Clin Proc. – 2016. – Vol. 91, № 4. – P. 432-442.

11. Первый российский консенсус по количественной оценке приверженности лечению / Н. А. Николаев, А. И. Мартынов, О. М. Драпкина [и др.] // Терапия. – 2018. – Т. 5, № 23. – С. 11-32.

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

13. Приверженность лечению. Российское национальное руководство / Н. А. Николаев, А. И. Мартынов, Ю. П. Скирденко [и др.]. – Москва : Издательский дом Академии Естествознания, 2022. – 224 с.

14. Синеглазова, А. В. Динамика показателей углеводного обмена и инсулинорезистентности при различном уровне приверженности лечению у лиц молодого возраста / А. В. Синеглазова, А. Ш. Фахрутдинова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2024. – Т. 23, № 6. – С. 4059.

15. Фахрутдинова, А. Ш. Ожирение и приверженность по опроснику КОП-25 в проспективном наблюдении / А. Ш. Фахрутдинова, А. В. Синеглазова // Вестник современной клинической медицины. – 2024. – №4. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/ozhirenie-i-priverzhennost-po-oprosniku-kop-25-v-prospektivnom-nablyudenii (дата обращения: 04.05.2025).

16. Фахрутдинова, А. Ш. Динамика артериального давления и дислипидемии в молодом возрасте. Роль приверженности лечению / А. Ш. Фахрутдинова, А. В. Синеглазова // Практическая медицина. – 2025. – Т. 23, № 3. – С. 114-120.

17. Приверженность к здоровому образу жизни в российской популяции в зависимости от социально-демографических характеристик населения / С. А. Шальнова, С. А. Максимов, Ю. А. Баланова [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – Т. 19, № 2. – С. 2452.

18. Adherence to a healthy lifestyle and the risk of type 2 diabetes in Chinese adults / J. Lv, C. Yu, Y. Guo [et al.] // Int J Epidemiol. – 2017. Vol. 46, №5. – P.1410-1420.

19. Impact of Healthy Lifestyle Factors on Life Expectancies in the US Population / Y. Li, A. Pan, D.D. Wang [et al.] // Circulation. – 2018. Vol. 138, № 4. – P. 345-355.

20. Association between prediabetes and risk of cardiovascular disease and all cause mortality: systematic review and meta-analysis / Y. Huang, X. Cai, W. Mai [et al.] // BMJ. – 2016. – Vol. 355. – P. 5953.

21. Проспективный анализ основных факторов риска и сосудистого статуса у студентов за время обучения в медицинском ВУЗе / М. Е. Евсевьева, М. В. Еремин, О. С. Сергеева [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2023. – Т. 28, № 2. – С. 5143.

22. Липитензия и факторы кардиометаболического риска в молодом возрасте / А. В. Синеглазова, А. Ш. Фахрутдинова, Т. Ю. Ким, С. Д. Парве // Российский кардиологический журнал. – 2024. – Т. 29, № 4. – С. 5888.

23. Предгипертензия и кардиометаболические факторы риска (по материалам исследования ЭССЕ-РФ) / А. М. Ерина, О. П. Ротарь, А. В. Орлов [и др.] // Артериальная гипертензия. – 2017. – Т. 23, № 3. – С. 243-252.

24. Cardiometabolic Risk Factor Changes Observed in Diabetes Prevention Programs in US Settings: A Systematic Review and Meta-analysis / U. Mudaliar, A. Zabetian, M. Goodman [et al.] // PLoS Med. – 2016. – Vol. 13, № 7. – P. e1002095.

25. Социально-экономические факторы риска кардиоваскулярной смерти: данные 12-летнего проспективного эпидемиологического исследования / Е. В. Акимова, Г. С. Пушкарев, В. Ю. Смазнов [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2014. –Т. 6. – С. 7-11.

26. Atreja, A. Strategies to enhance patient adherence: making it simple / A. Atreja, N. Bellam, S. R. Levy // MedGenMed. – 2005. – Vol. 7, № 1. – P. 4.

27. DiMatteo, M. R. Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice / M.R. DiMatteo, K. B. Haskard-Zolnierek, L. R. Martin // Health Psychol Rev. – 2012. – Vol. 6, № 1. – P. 74-91.

28. ADHD Remote Technology study of cardiometabolic risk factors and medication adherence (ART-CARMA): a multi-centre prospective cohort study protocol / H. Denyer, J. A. Ramos-Quiroga, A. Folarin [et al.] // BMC psychiatry. – 2022. – Vol. 22, № 1. – P. 813.

29. Множественные поведенческие факторы риска хронических неинфекционных заболеваний: концепция сцепленного влияния / А. М. Калинина, М. С. Куликова, Р. Н. Шепель [и др.] // Профилактическая медицина. – 2025. – Т. 28, № 1. – С.44 49.

30. Привычки питания и риск смерти от всех причин во взрослой популяции. Результаты 6-летнего проспективного наблюдения за когортой исследования ЭССЕ-РФ / Н. С. Карамнова, А. В. Капустина, В. А. Куценко [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2024. – Т. 23, № 9. – С. 4113.

31. Афанасьева, Т. В. Возможности пациентоориентированных систем в контексте цифровой профилактики хронических неинфекционных заболеваний / Т. В. Афанасьева, Ю. С. Замашкин // Профилактическая медицина. – 2024. – Т. 27, № 6. – С. 7 13.

32. Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование пациентов и дистанционный контроль поведенческих факторов риска с применением цифровых технологий. Методические рекомендации / А. М. Калинина, М. С. Куликова. В. В. Демко [и др.]. – Москва : РОПНИЗ, 2025. – 28 с.

33. Оценка результативности применения цифровых технологий при дистанционном контроле поведенческих факторов риска у студенческой молодежи / А. М. Калинина, М. С. Куликова, В. В. Демко [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2025. – Т. 24, № 4. – С. 4368.

34. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в эпоху цифровой медицины — роль среднего медицинского персонала / М. С. Куликова. А. М. Калинина, С. В. Глуховская [и др.] // Профилактическая медицина. – 2023. – Т. 26, № 11. – С. 45 52.

35. Распространенность факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и информированность о них здоровых людей молодого возраста в многопрофильном высшем учебном заведении / А. Г. Плисюк, Я. А. Орлова, Е. И. Зимакова [и др.] // Кардиология. – 2024. – Т. 64, № 12. – С. 19-26.

36. Цифровые технологии в корпоративных программах укрепления здоровья: международный и отечественный опыт / А. А. Анциферова. А. В. Концевая, Е. С. Иванова, О. М. Драпкина // Профилактическая медицина. – 2023. – Т. 26, № 11. – С. 116 121.

37. Effect of digital health applications with or without gamification on physical activity and cardiometabolic risk factors: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / S. K. Nishi, M. E. Kavanagh, K. Ramboanga [et al.] // EClinicalMedicine. – 2024. – Vol. 76. – P. 102798.

38. Smartphone-delivered multicomponent lifestyle medicine intervention for improving mental health in a nonclinical population: a randomized controlled trial / V. W. Wong, J. T. Tong, N. K. Shi [et al.] // Front Public Health. – 2024. – Vol. 11. – P.1231981. – URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10824847/ (дата обращения 24.03.2025).

39. Возможности и ограничения использования программных информационных устройств с искусственным интеллектом для диагностики и лечения заболеваний / И. В. Толмачев, И. С. Каверина, Д. А. Вражнов [и др.] // Профилактическая медицина. – 2023. – Т. 26, № 4. – С.108 114.

40. Дадаева, В. А. Возможности использования телемедицинских технологий в коррекции избыточной массы тела и ожирения / В. А. Дадаева, В. Л. Столяр, О. М. Драпкина // Профилактическая медицина. – 2023. – Т. 26, № 2. – С. 7 13.

41. Национальные проекты: сайт. – URL: https://xn--80aapampemcchfmo7a3c9ehj.xn--p1ai/new-projects/prodolzhitelnaya-i-aktivnaya-zhizn/zdorove-dlya-kazhdogo/ (дата обращения: 23.05.2025).

Раздел 9

Приверженность как основа 6П-подхода в онкологии

Под редакцией члена-корреспондента РАН,
профессора А. М. Беляева

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Беляев А. М., Семиглазова Т. Ю., Понасенко О. И.

В России по данным Каприна А.Д. и соавт. в 2024 г. было впервые выявлено 698 693 случаев злокачественных новообразований. На конец года под наблюдением находились 4,31 млн. пациентов. Рост заболеваемости по сравнению с 2023 г. составил 3,6%. Каждый пятый пациент с выявленным онкологическим заболеванием находился на IV стадии заболевания, что существенно влияет на исходы лечения и потенциальную приверженность пациентов. Значимая часть выявленных случаев приходится на старшие возрастные группы [1].

Проблема приверженности к лечению у онкологических пациентов имеет свои особенности, которые могут отличаться в зависимости от стадии заболевания, видов применяемого лечения, а также психосоциальных факторов. Таким образом, каждый пациент получает свой собственный, индивидуальный набор факторов, влияющих на степень соблюдения рекомендаций профильных специалистов.

Инфузионная терапия занимает важное место в лечении онкологических пациентов. Однако, на данный момент не разработано стандартов, позволяющих оценить приверженность у пациентов, получающих внутривенные формы лекарственных препаратов. В отличие от пероральных режимов, где ключевым фактором является самостоятельный прием лекарственных препаратов, в данном случае основными барьерами становятся организационные сложности, токсичность и необходимость регулярного посещения медицинских учреждений.

Для пероральных схем системной лекарственной противоопухолевой терапии степень соблюдения рекомендаций специалистов варьирует, по разным данным, от 46% до 100% [2]. Назначение данных схем терапии может привести к увеличению числа незамеченных случаев несоблюдения лечения. Даже при кажущейся внешней простоте, понимание приверженности к лечению между врачами и пациентами может отличаться. Так, в одном исследовании по результатам самоотчета пациентов степень приверженности составила 92%, по мнению лечащих врачей – 95%. Однако, по данным фармацевтических баз данных по выписанным рецептам только 75% пациентов получили 80% назначенных доз препаратов и более [3].

Степень распространенности процесса также вносит свой вклад в уровень соблюдения рекомендаций врачей. При местно-распространенном заболевании и убежденности в перспективах возможности полного излечения пациенты склонны более строго следовать рекомендациям. Чем более распространен процесс и выражены соматические или психологические проявления болезни, тем, напротив, ниже уровень приверженности. Средние показатели приверженности для пациентов на ранних стадиях опухолей толстой кишки и молочной железы колеблются в пределах 50–80% [4-6]. При этом, присутствует значительный процент отказов от адъювантной терапии (т.е. терапии после хирургического лечения) или досрочного ее прекраще-

ния. Например, приверженность к адъювантной гормональной терапии рака молочной железы (РМЖ) на первом году терапии достигает практически 95%, но к пятому году наблюдается ее снижение до 82% [5]. В некоторых случаях число неприверженных пациентов может достигать 60%, что связано с недооценкой риска рецидива после проведенного основного этапа лечения, страхом перед побочными эффектами и отсутствием клинических проявлений заболевания [7]. В данном случае невыполнение рекомендаций сопряжено со снижением эффективности лечения и увеличением финансовых затрат, связанных с лечением метастатического процесса. Например, завершение назначенного специалистами курса адъювантной гормонотерапии при РМЖ в полном объеме способствует снижению риска рецидива на 28% и уменьшает вероятность летального исхода на 15% [8].

Важным аспектом является соблюдение рекомендованного объема обследований в рамках динамического наблюдения после проведённого радикального лечения. Согласно данным литературы, только 87% пациенток, перенесших РМЖ, прошли рекомендованную маммографию через 18 месяцев после завершения терапии. Среди пациентов, перенесших колоректальный рак этот показатель еще ниже - только 55% выполнили назначенную колоноскопию [9].

Для распространённых стадий показатель соблюдения рекомендаций специалистов в большинстве случаев остается высоким, в том числе и у предлеченых пациентов (более 90%) [10, 11]. В ряде случаев у пациентов, получивших показатель может опускаться до 60%, что объясняется нарастающей токсичностью лечения, развитием депрессивных состояний и когнитивных нарушений [12].

Наиболее изученной популяцией среди онкологических больных в плане приверженности к лечению являются пациентки с местнораспространенным гормонозависимым РМЖ. Например, при обработке запроса «adherence to treatment in patients with breast cancer» (перевод: «приверженность к лечению пациентов с раком молочной железы») в международной базе литературы PubMed показано около 4500 опубликованных материалов за последние 10 лет. Значительно меньше публикаций по схожему запросу в популяции пациентов с другими онкологическими заболеваниями, также занимающими лидирующее положение по уровню заболеваемости в мире: показано1400 публикаций о приверженности и раке лёгкого, 1200 – о раке предстательной железы и всего 500 о колоректальном раке. В данном ключе особо важно активное дальнейшее изучение приверженности среди пациентов другими видами онкологических заболеваний, в том числе и среди пациентов с другими биологическими подтипами РМЖ.

В большинстве случаев пациенткам с прооперированным гормонозависимым РМЖ назначается адъювантная гормональная терапия на срок от 5 лет и более. Данному вопросу уделяется большое внимание не только в зарубежной, но и в отечественной литературе. Так, на основании анализа мировой литературы выделены следующие факторы, влияющие на приверженность у обозначенной группы пациентов (таблица 1) [13].

По данным международных исследований показано, что среди пациентов с гормонозависимым РМЖ уровень приверженности к адъювантной гормональной терапии составляет около 80%. Чаще всего факторами, ассоциированными с низкой приверженностью, стал пожилой и старческий возраст пациентов и отсутствие зарегистрированного брака. Доступность онкологической помощи по месту жительства, возможность регулярного посещения онколога напротив, повышают степень соблюдения рекомендаций. Примечателен тот факт, что наличие сопутствующей патологии,

большая распространённость и агрессивность онкологического процесса и предшествующее проведение химиотерапии также способствуют росту уровня приверженности пациентов к лечению.

Таблица 1. Уровень приверженности пациентов, получавших адъювантную гормонотерапию по поводу РМЖ и факторы, влияющие на нее

Автор	Количество пациентов	Уровень приверженности	Факторы, ассоциированные с повышением приверженности	Факторы, ассоциированные со снижением приверженности
Cahir et al. [14]	3415	22,3% пациентов оказались не привержены к лечению на протяжении 5 лет. Через 1, 3 и 5 лет 7,6%, 14,5% и 21,6% пациентов соответственно имели перерыв в лечении 6 мес. и более.	- зарегистрированный брак - полипрагмазия	- молодой возраст
Farias et al. [15]	1497	На первом году 56.9% оказались привержены к лечению, на пятом - 33,3%.	- сопутствующие заболевания	
Wulaningsih et al. [16]	4645	21% пациентов оказались не привержены к лечению в течение 5 лет.	- более агрессивные опухоли - большая распространенность процесса - HER2 (+) опухоли - получавшие химиотерапию	- старшая возрастная группа - сопутствующие заболевания - пациенты, не состоящие в браке
Sella et al. [17]	4178	Средний показатель приверженности за 5-летний период составил 82,9%. 23% пациентов не завершили назначенный 5-летний период терапии.	- молодой возраст - сопутствующие заболевания	- недостаточный ИМТ
Blanchette et al. [18]	5692	74% пациентов показали высокую степень приверженности к назначенной терапии. 22% пациентов не завершили запланированный 5-летний период терапии.	- регулярное наблюдение у онколога - получавшие химиотерапию	- старшая возрастная группа - когнитивные нарушения

Cavazza et al. [19]	8400	На первом году приверженными оказались 93% пациентов, на пятом - 57%. 82% пациентов имели перерыв в лечении 6 мес. и более.	- возможность проведения всех этапов лечения в одном центре - раннее начало гормональной терапии - получавшие химиотерапию	- старшая возрастная группа - депрессия
Lambert-Cote et al. [20]	674	5,2% женщин показали быстрое снижение приверженности и прекращение терапии (большинство прекратило лечение к концу 2-го года); 6,4% пациентов показали умеренное снижение приверженности и прекращение лечения (большинство прекратило лечение к концу 4-го года); 17,2% были недостаточно привержены, но не прекращали лечение; 30,0% обладали высокой и 41,2% - очень высокой степенью приверженности.		- не получавшие химиотерапию
Lailler et al. [21]	33260	6,6% пациентов не начинали назначенную терапию. 4,3% пациентов были недостаточно привержены, однако, не прекращали лечение на протяжении 5 лет. 6,3% пациентов показали прогрессирующую неприверженность с прекращением лечения. 5,7% пациентов обладали ранней неприверженностью с прекращением лечения. 68,8% пациентов были постоянно оптимально привержены. 8,3% показали позднюю неприверженность с прекращением лечения.	- получавшие химиотерапию	- старшая возрастная группа

Woolpert et al. [22]	4353	57% пациентов оказались привержены к лечению на протяжении 5 лет. 36% пациентов показали медленное снижение степени приверженности. У 6,9% пациентов снижение степени приверженности оказалось стремительным.	- большая распространенность процесса - сопутствующие заболевания	- не получавшие химиотерапию
Jong et al. [23]	10442	Приверженными к лечению первом году оказались 94,4% пациентов, на 3 - 87,6%, на 5 - 81,6% пациентов.	- доступность специализированной помощи в регионе	- старшая возрастная группа
Zeng et al. [24]	10701	Преждевременно 5-летний период терапии завершили 44,4% пациентов.		- низкий уровень доходов - одинокие пациенты

Адаптировано из: Понасенко О.И. с соавт. К вопросу приверженности к лечению рака молочной железы с позиции пациента и врача. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2025;49(4).

Согласно изложенным в этой главе исследованиям, повысить приверженность к терапии онкологических пациентов позволяют следующие эффективные комплексные подходы:

- методы когнитивно-поведенческой терапии;

- техники релаксации;

- применение цифровых технологий (телемедицинских технологий, информационных ресурсов, мобильных приложений, уведомлений и искусственного интеллекта).

Однако эффективность представленных инструментов варьирует в разных работах. Данное непостоянство результатов свидетельствует о сложном характере взаимодействия поведенческих детерминант, что создает существенные трудности для формирования универсальных стратегий коррекции приверженности к обследованию и лечению у онкологических пациентов.

Заключение

Уровень приверженности терапии у пациентов с онкологическими заболеваниями демонстрирует значительную вариабельность в зависимости от степени распространенности процесса, локализации, вида получаемой терапии подтипа и имеет прямую корреляцию с показателями общей и безрецидивной выживаемости. Основой для ее повышения служит эффективное взаимодействие между пациентом и мультидисциплинарной командой специалистов.

На текущий момент проблема приверженности к лечению среди пациентов с различными злокачественными заболеваниями в мире и Российской Федерации перспективная тема фундаментальных и клинических исследований. Абсолютное большинство публикаций направлено на изучение вопроса среди пациентов с РМЖ. Однако, несмотря на обширный массив публикаций по проблеме приверженности при РМЖ, ее особенности у больных с наиболее агрессивными подтипами (трижды негативным и HER2-позитивным) изучены недостаточно.

Особое значение имеют ключевые меры по оптимизации системы отечественного здравоохранения:

- дальнейшее повышение доступности медицинской помощи онкологическим пациентам, основанной на современном и своевременном мультидисциплинарном, комплексном, персонализированном, пациент-центрированном и проблемно-ориентированном подходе;
- углубленное исследование детерминант приверженности и создания целенаправленных программ ее улучшения у пациентов со злокачественными новообразованиями;
- консолидация действий пациентов, медицинских работников и организаторов здравоохранения с целью повышения приверженности лечения, в том числе посредством телемедицинских технологий посредством - залог улучшения онкологических исходов среди пациентов.

Литература

1. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. Состояние онкологической помощи населению России в 2024 году. – Москва: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2025. – илл. – 275 с.

2. Greer J.A., Amoyal N., Nisotel L. A Systematic Review of Adherence to Oral Antineoplastic Therapies. The Oncologist. 2016; 21(3): 354–376. https://doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0405.

3. Font R., Espinas J.A., Gil-Gil M. Prescription refill, patient self-report and physician report in assessing adherence to oral endocrine therapy in early breast cancer patients: a retrospective cohort study in Catalonia, Spain. British Journal of Cancer. 2022; 107(8): 1249–1256. https://doi.org/10.1038/bjc.2012.389

4. Zeng E., He W., Sjölander A. Familial adversity: association with discontinuation of adjuvant hormone therapy and breast cancer prognosis. Journal of the National Cancer Institute. 2024; 116(6): 920–928. https://doi.org/10.1093/jnci/djae061

5. De Jong A., Von Wachenfeldt A., Nyström L. Adherence to adjuvant endocrine therapy after breast cancer in Sweden - a nationwide cohort study in 1-, 3- and 5-year survivors with a focus on regional differences. Acta Oncologica. 2024; 63: 901–908. https://doi.org/10.2340/1651-226X.2024.40575

6. Fontana E., Meyers J., Sobrero A. Early-Onset Colorectal Adenocarcinoma in the IDEA Database: Treatment Adherence, Toxicities, and Outcomes With 3 and 6 Months of Adjuvant Fluoropyrimidine and Oxaliplatin. Journal of Clinical Oncology. 2021; 39(36): 4009–4019. https://doi.org/10.1200/JCO.21.02008

7. Wang X., Frohlich M.M., Chu E. Suboptimal Completion Rates, Adverse Events, Costs, Resource Utilization, and Cost Impact of Noncompletion in Oral Adjuvant Capecitabine-Based Chemotherapy in Patients With Early-Stage Colon Cancer. Clinical Colorectal Cancer. 2021; 20(4): e215–e225. https://doi.org/10.1016/j.clcc.2021.05.002

8. Gao P., You L., Wu D. Adherence to endocrine therapy among Chinese patients with breast cancer: current status and recommendations for improvement. Patient Preference and Adherence. 2018; 12: 887–897. https://doi.org/10.2147/PPA.S167004

9. Salloum R.G., Hornbrook M.C., Fishman P.A. Adherence to surveillance care guidelines after breast and colorectal cancer treatment with curative intent. Cancer. 2012; 118(22): 5644–5651. https://doi.org/10.1002/cncr.27544

10. Seal BS, Anderson S, Shermock KM. Factors Associated with Adherence Rates for Oral and Intravenous Anticancer Therapy in Commercially Insured Patients with Metastatic Colon Cancer. J Manag Care Spec Pharm. 2016;22(3):227-235. doi:10.18553/jmcp.2016.22.3.227

11. Schäffler H., Jakob D., Huesmann S. Novel Antibody-Drug-Conjugates in Routine Clinical Practice for the Treatment of Metastatic Breast Cancer: Adherence, Efficacy and Tolerability - Real-World Data from German Breast Centers. Geburtshilfe und Frauenheilkunde. 2024; 84(9): 855–865. https://doi.org/10.1055/a-2375-5194

12. Fleshner N.E., Alibhai S.M.H., Connelly K.A. Adherence to oral hormonal therapy in advanced prostate cancer: a scoping review. Therapeutic Advances in Medical Oncology. 2023; 15: 17588359231152845. https://doi.org/10.1177/17588359231152845

13. Понасенко О.И., Семиглазова Т.Ю., Клименко В.В. и соавт. К вопросу приверженности к лечению рака молочной железы с позиции пациента и врача. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2025;49(4).

14. Cahir, C., Barron, T. I., Sharp, L., Bennett K. Can demographic, clinical and treatment-related factors available at hormonal therapy initiation predict non-persistence in women with stage I-III breast cancer? Cancer causes & control: CCC. 2017: 28(3), 215–225. https://doi.org/10.1007/s10552-017-0851-9

15. Farias, A. J., Wu, W. H., Du, X. L. Racial differences in long-term adjuvant endocrine therapy adherence and mortality among Medicaid-insured breast cancer patients in Texas: Findings from TCR-Medicaid linked data. BMC cancer. 2018: 18(1), 1214. https://doi.org/10.1186/s12885-018-5121-z

16. Wulaningsih W., Garmo H., Ahlgren J., Holmberg L., Folkvaljon Y., Wigertz A. et al. Determinants of non-adherence to adjuvant endocrine treatment in women with breast cancer: the role of comorbidity. Breast cancer research and treatment. 2018: 172(1), 167–177. https://doi.org/10.1007/s10549-018-4890-z

17. Sella, T., Chodick, G. Adherence and Persistence to Adjuvant Hormonal Therapy in Early-Stage Breast Cancer Patients: A Population-Based Retrospective Cohort Study in Israel. Breast care (Basel, Switzerland). 2020: 15(1), 45–53. https://doi.org/10.1159/000500318

18. Blanchette P.S., Lam M., Richard L., Allen B., Shariff S.Z., Vandenberg T. et al. Factors associated with endocrine therapy adherence among post-menopausal women treated for early-stage breast cancer in Ontario, Canada. Breast cancer research and treatment. 2020: 179(1), 217–227. https://doi.org/10.1007/s10549-019-05430-6

19. Cavazza M., Banks H., Ercolanoni M., Cukaj G., Bianchi G., Capri G. et al. Factors influencing adherence to adjuvant endocrine therapy in breast cancer-treated women: using real-world data to inform a switch from acute to chronic disease management. Breast cancer research and treatment. 2020: 183(1), 189–199. https://doi.org/10.1007/s10549-020-05748-6

20. Lambert-Côté L, Bouhnik AD, Bendiane MK, Bérenger C, Mondor M, Huiart L, Lauzier S. Adherence trajectories of adjuvant endocrine therapy in the five years after its initiation among women with non-metastatic breast cancer: a cohort study using administrative databases. Breast cancer research and treatment. 2020: 180(3), 777–790. https://doi.org/10.1007/s10549-020-05549-x

21. Lailler, G., Memoli, V., Le Bihan Benjamin, C., Ben Diane M.K., Lauzier S., Mancini J. et al. Five-Year Adjuvant Endocrine Therapy Adherence Trajectories Among Women With Breast Cancer: A Nationwide French Study Using Administrative Data. Clinical breast cancer. 2021: 21(4), e415–e426. https://doi.org/10.1016/j.clbc.2021.01.007

22. Woolpert, K. M., Schmidt, J. A., Ahern, T. P., Hjorth C.F., Farkas D.K., Ejlertsen B. et al. Clinical factors associated with patterns of endocrine therapy adherence in premenopausal breast cancer patients. Breast cancer research: BCR. 2024: 26(1), 59. https://doi.org/10.1186/s13058-024-01819-4

23. De Jong, A., Von Wachenfeldt, A., Nyström, L., Andersson A. Adherence to adjuvant endocrine therapy after breast cancer in Sweden - a nationwide cohort study in 1-, 3- and 5-year survivors with a focus on regional differences. Acta oncologica (Stockholm, Sweden). 2024: 63, 901–908. https://doi.org/10.2340/1651-226X.2024.40575

24. Zeng, E., He, W., Sjölander, A., Bergqvist J., Fang F., Czene K. Familial adversity: association with discontinuation of adjuvant hormone therapy and breast cancer prognosis. Journal of the National Cancer Institute. 2024: 116(6), 920–928. https://doi.org/10.1093/jnci/djae061.

25. Ganna S., Rahimi S., Lu A., Laborde K., Trivedi M. Interventions to improve oral endocrine therapy adherence in breast cancer patients. Journal of cancer survivorship: research and practice. 2024. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s11764-023-01513-y

26. Bright EE, Finkelstein LB, Nealis MS, Genung SR, Wrigley J, Gu HCJ et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Interventions to Promote Adjuvant Endocrine Therapy Adherence Among Breast Cancer Survivors. Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology. 2023: 41(28), 4548–4561. https://doi.org/10.1200/JCO.23.00697

Раздел 10

Приверженность как основа 6П-подхода в фтизиатрии и пульмонологии

Под редакцией члена-корреспондента РАН,
профессора А. О. Марьяндышева

ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ ОКАЗАНИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ

Е. И. Никишова, А. О. Марьяндышев

Введение

Принципы пациентоориентированного (прецизионного) оказания медицинской помощи являлись неотъемлемой частью глобальных стратегий, направленных на уменьшение распространения туберкулеза и реализованных в 1994-2005 гг. («DOTS») и в 2006-2014 гг. («Остановить туберкулез»). Пациент ориентированный подход – это базовый компонент последней стратегии «Ликвидировать туберкулез», рекомендованной ВОЗ в 2014 г. и принятой во многих странах, включая Российскую Федерацию [17].

Несмотря на некоторые вариации, общие основы подхода, ориентированного на пациента, включают понимание причин и опасений больного при обращении за медицинской помощью, согласование общей точки зрения на текущее состояние здоровья, план обследования и лечения, а также принятие клинических решений с учетом предпочтений, потребностей и ценностей пациента. [14,18,22].

Уважительное отношение, информированность, эмоциональная поддержка, а в ряде случаев и социальная поддержка, создание условий для общения с близкими и отсутствие ограничений при оказании медицинской помощи с учетом потребностей конкретного пациента повышают эффективность диагностических, лечебных и профилактических противотуберкулезных мероприятий.

Обеспечение доступа к наиболее эффективным методам диагностики и лечения также является неотъемлемой частью пациент ориентированного здравоохранения. Современные лабораторные технологии позволяют диагностировать туберкулез с использованием молекулярно-генетических тестов при первом обращении пациента за медицинской помощью в учреждение фтизиатрической службы [1,2,3] В рамках пациентоориентированного подхода обследование методами быстрой диагностики и тестирования на лекарственную чувствительность микобактерий должны быть проведены всем пациентам, особенно лицам, подверженным риску заболевания туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя и лицам с ВИЧ-инфекцией. В перспективе выполнение молекулярно-генетических тестов для быстрого выявления туберкулеза планируется организовать при обращении пациентов в учреждения, оказывающие ПМСП, к участковому терапевту, педиатру или врачу общей практики.

Разработка новых и использование перепрофилированных лекарственных препаратов полностью изменили подходы к лечению туберкулеза, позволили сократить

его сроки, значительно повысили эффективность и безопсность режимов терапии. Пациент ориентированная помощь предусматривает доступность для каждого больного современных режимов терапии лекарственно чувствительного и лекарственно устойчивого туберкулеза, а также надлежащий мониторинг безопасности применения препаратов. Также все пациенты должны быть обследованы для выявления интеркуррентных заболеваний, поскольку их наличие оказывает существенное влияние на течение туберкулезного процесса и эффективность лечения (скрининг на ВИЧ-инфекцию, сахарный диабет и др.).

Профилактика заболевания в группах высокого риска предусматривает систематический скрининг и проведение превентивного лечения лицам из ближайшего окружения инфекционно опасных больных туберкулезом, ВИЧ-инфицированным лицам и пациентам, длительно получающим препараты с иммуносупрессивным действием. Мероприятия по обеспечению приверженности соблюдению режима профилактической терапии должны быть аналогичными лечению активного туберкулеза: применение коротких, эффективных и безопасных режимов [2,4] При этом дополнительная адресная поддержка в каждой из указанных групп риска будет иметь свои особенности.

Пациентоориентированные мероприятия в лечении больных туберкулезом

После установления диагноза туберкулеза принципы пациентоориентированного подхода применяются для формирования приверженности к соблюдению режима химиотерапии и предупреждения случаев отказов от лечения [1,2,5,6, 11,12,16,20,21,23,24]. Основными направлениями являются

- медико-санитарное просвещение и информационное консультирование пациентов;
- психологическая помощь;
- обучение медицинских работников;
- материальная поддержка больных;
- децентрализованная организация контролируемого лечения;
- использование цифровых технологий.

Следует отметить, что в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным туберкулезом с 2012 г. в структуру амбулаторного отделения противотуберкулезного диспансера входит кабинет медико-социальной помощи, специалисты которого (медицинский психолог, социальный работник и медицинская сестра медико-социальной помощи) осуществляют также адресную поддержку пациентов [10].

Медико-санитарное просвещение и информационное консультирование пациентов

До начала лечения туберкулеза медицинскими работниками фтизиатрической службы проводится медико-санитарное просвещение и информационное консультирование пациентов. В индивидуальной беседе пациента с врачом и/или медицинской сестрой обсуждаются вопросы причин возникновения заболевания, эпидемической опасности для окружающих, методах и сроках лечениях, необходимости непрерывного приема препаратов и их возможных побочных реакциях, длительности нетрудоспособности и др.

После консультирования пациент подписывает информированное добровольное согласие на проведение лечения, однако очень часто необходимы повторные беседы, разъясняющие и дополняющие уже ранее полученную информацию. Вскоре после начала терапии основные вопросы, появляющиеся практически у каждого пациента, касаются неблагоприятных побочных реакций назначенных препаратов, методах и сроках обследования для их выявления, а также купирования. В дальнейшем информационное консультирование осуществляется с учетом индивидуальных потребностей каждого пациента. Для лучшего понимания патологических изменений и формирования у пациента приверженности лечению могут использоваться аддитивные технологии с применением метода трёхмерной реконструкции лёгких [6]. Во многих учреждениях фтизиатрической службы (противотуберкулезные диспансеры/ отделения/кабинеты) функционируют «Школы больных туберкулезом», где подготовленные медицинские работники в соответствии с разработанной программой организуют индивидуальное, реже – групповое, обучение пациентов и оказывают необходимую информационную поддержку.

На информационное консультирование до начала лечения и в период приема противотуберкулезных препаратов приглашаются также члены семьи и близкие пациента, у которых возникают различные вопросы о рисках их инфицирования и мерах по предупреждению развития заболевания.

Психологическая поддержка пациентов

Психологическое сопровождение больных туберкулезом также начинается до начала лечения заболевания и может оказываться в форме индивидуальных консультативных бесед или – значительно реже – групповых занятий. В ряде противотуберкулезных диспансеров работают медицинские психологи, которые оценивают мотивацию пациента к соблюдению режима приема препаратов, выявляют риски прерывания лечения и определяют лиц, нуждающихся в дополнительной психологической поддержке. В период лечения при необходимости осуществляют повторное индивидуальное консультирование.

Научные публикации показывают, что у пациентов, имевших доступ к психологической помощи, отмечались более высокие показатели успешного лечения туберкулеза и низкие неэффективной терапии и потери для последующего наблюдения.

Обучение медицинского персонала

Одними из основных требований к медицинским работникам, осуществляющим информационное консультирование, наряду с современными научными знаниями о туберкулезе, являются умение создать атмосферу эмпатии и предоставить необходимые сведения на понятном для пациента «языке».

В этой связи важным компонентом является дополнительная подготовка врачей и медицинских сестер по использованию в работе методов эффективной коммуникации. Например, как осуществлять конструктивную обратную связь, задавать «открытые» вопросы, обеспечить запоминание, что значит применять на практике «активное слушание», «невербальную коммуникацию» и др.

Обучение медицинского персонала может включать в себя взаимное обучение, использование наглядных пособий, помогающих начать разговор с пациентами, тематические тренинги по технологии общения.

Материальная поддержка пациентов

Материальная помощь может носить продовольственный или финансовый характер, но всегда должна учитывать потребности конкретного пациента. Это могут быть продукты питания и/или непродовольственные наборы, оплата проезда к месту дополнительного обследования или приема препаратов и обратно. Подобные меры поддержки направлены на компенсацию косвенных расходов, понесенных пациентами, а также могут быть направлены на смягчение последствий утраты дохода в связи с заболеванием.

Децентрализация контролируемого лечения больных туберкулезом

На первых этапах накопления опыта лечения туберкулеза госпитализация всех пациентов считалась необходимой. В последующем было доказано, что терапия в амбулаторных условиях под контролем медицинских работников может обеспечить получение таких же результатов, как и лечение в специализированных стационарах, при этом несомненным преимуществом амбулаторного лечения является снижение распространения нозокомиальной инфекции и привычные, более комфортные в психологическом отношении условия пребывания больных.

В настоящее время лечение пациентов, не представляющих эпидемической опасности для окружающих, осуществляется в процедурных кабинетах противотуберкулезных диспансеров, в туберкулезных кабинетах центральных районных и городских больниц, в дневных стационарах, в том числе в «стационарах на дому», в ряде территорий Российской Федерации терапия больных туберкулезом организована под контролем медицинских работников организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ФАПы, участковые и районные больницы).

Вне зависимости от места проведения лечения рекомендовано реализовывать «полипрофессиональный» подход, который предусматривает участие различных специалистов: не только врачей-фтизиатров и медицинских сестер противотуберкулезной службы, но и психологов, социальных работников, при необходимости - врачей других специальностей и иных работников [13,16,18]. Роль и ответственность каждого из участников отличаются с учетом потребностей и имеющихся ресурсов, доступных в каждой конкретной ситуации. Так в стационарных отделениях необходимо обеспечить не только адекватное лечение, но и надежные меры инфекционного контроля туберкулеза. В медицинских организациях в местах лишения свободы часто требуются дополнительные мероприятия, обеспечивающие приверженность пациентов к контролируемой химиотерапии. В стационарных и стационар замещающих условиях часто появляется потребность в консультации врачей различных специальностей для адекватного ведения пациентов, имеющих коморбидную патологию, например, алкогольную зависимость, ВИЧ-инфекцию, заболевания печени и почек, сахарный диабет и др.

Вне зависимости от места проведения терапии должен непременно выполняться основной принцип - ежедневный прием противотуберкулезных препаратов под контролем медицинского работника. Как было показано выше, поддержка пациентов для соблюдения приверженности к контролируемой терапии может осуществляться в различных формах и учитывает организационные, кадровые и финансовые ресурсы. Это может быть предоставление дополнительного питания при проведении амбулаторного лечения, практически во всех случаях необходима эмоциональная поддержка, просветительская работа с пациентами и членами их семей, а также раннее выявление и устранение побочных эффектов противотуберкулезных препаратов.

Проблемы социально-экономического характера, включая бездомность и безработицу, также влияют на приверженность пациента к режиму лечения. Подобные проблемы удается решать путем «стимулов»: обеспечение проездными билетами на транспорт или оплата проезда к месту терапии, обеспечение одеждой и другие возможности.

Цифровые технологии в лечении больных туберкулезом

Разработки в области цифровых технологий создали новые возможности для улучшения оказания медицинской помощи, превратив данные в полезную информацию и для пациентов, и для персонала. Например, социальные сети и мобильные текстовые сообщения могут повышать осведомленность о симптомах заболеваний.

Мобильные телефоны помогают медицинским работникам повысить качество общения с пациентами. Быстрая обратная связь с лабораториями достигается путем автоматизации передачи результатов диагностических тестов врачам и размещение их в электронных медицинских документах. Руководства, учебные материалы и образовательный контент обновляются более быстро и эффективно в цифровом формате, чем на бумажном носителе. Различные варианты применения цифровых технологий помогают трансформировать различные виды медицинской помощи, обеспечивая при этом понятие пациент ориентированного подхода [7,15,21].

Короткие сообщения (SMS) используется медицинским работником и пациентом для регулярного общения. Обмен может быть либо односторонним (например, автоматическое SMS-сообщение, отправляемое регулярно пациенту), либо двусторонним (например, пациент отвечает на SMS, отправив другой текст или по телефону).

В большинстве случаев, когда SMS используется для поддержки приверженности к режиму терапии, пациенту отправляется стандартизированное сообщение в определенное время, пациент подтверждает получение информации. Однако, даже если SMS отправляется ежедневно или на достаточно регулярной основе, нельзя ожидать, что это заменит посещение медицинского работника или непосредственный контроль за приемом препаратов. В нескольких клинических рандомизированных исследованиях было показано, что SMS-напоминания не повышают эффективность по сравнению со стандартными формами организации контролируемой химиотерапии.

В этой связи кроме автоматических напоминаний возможности SMS предпочтительно расширить до интерактивного общения для выявления проблем пациента по мере их возникновения и их решения. До начала терапии медицинский работник и пациент обсуждают использование SMS в плане лечения. Обсуждение включает возможности дистанционного общения, время, в которое отправляются сообщения, а также мероприятия, которые необходимо выполнять при возникновении таких ситуаций, как отсроченный ответ и сбой SMS-связи, обязательно указывают контактное лицо, которому пациент может позвонить. Кроме указанного выше, необходимо решить и другие материально-технические вопросы. Очевидно, что пациенты обычно хотят знать, кто платит за оборудование, сети и коммуникации. Многие пациенты сегодня имеют по крайней мере функциональный телефон с встроенным текстовым приложением. Однако в ряде случаев пациенты нуждаются в предоставлении телефона и/или оплате SIM-карты.

Возможности SMS - общения в организации лечения больных туберкулезом были апробированы в нескольких территориях и странах с высоким и низким уровнем ресурсов. В странах, где пациенты с туберкулезом имеют ограниченный доступ к смартфонам или интернету, SMS может быть единственным доступным цифровым вариантом. Но даже там, где широко доступен интернет, SMS остается единственным

вариантом для уязвимых групп пациентов, не имеющих доступа к более совершенным средствам связи.

Необходимо учитывать, что сопутствующие заболевания, такие как ВИЧ-инфекция и диабет, могут потребовать согласованных действий с другими медицинскими работниками по использованию цифровых технологий. Предоставление и финансирование цифровых служб здравоохранения, основанных на использовании SMS, может реализовываться через партнерские отношения между государственным и частным секторами.

Видеосвязь между пациентом и медицинскими работниками может происходить в режиме реального времени или быть отсроченной (видеозапись сообщений) и также используется для повышения приверженности к соблюдению режима терапии туберкулеза. Видеосвязь осуществляется через смартфоны с поддержкой интернета или планшетные компьютеры, также возможно применение другого оборудования: настольных компьютеров, ноутбуков. Синхронное - в режиме реального времени лечение с видеоподдержкой (ВПЛ) является наиболее приближенным к непосредственному посещению пациента, так как позволяет осуществлять интерактивное визуальное и вербальное общение.

Однако ВПЛ имеет ряд требований, которые могут серьезно ограничить его осуществимость в территориях с низким уровнем ресурсов. Так, ВПЛ зависит от наличия мобильных технологий, которые могут быть недоступны для некоторых пациентов с туберкулезом; надежного широкополосного доступа в интернет со стороны медицинского работника и со стороны пациента; определенное время для видеосвязи и другие. Общим решением для некоторых из этих проблем является использование асинхронного ВПЛ (записанного видео). Это ограничивает интерактивность общения в реальном времени, но все же позволяет пациенту сообщить медицинскому работнику о необходимости консультирования. Кроме того, при асинхронном ВПЛ существует риск неправильной дозировки препаратов или даже преднамеренной фальсификации. ВПЛ не ограничивается наблюдением за приемом противотуберкулезных препаратов. При использовании ВКЛ возможно осуществлять клинический мониторинг и ведение неблагоприятных реакций противотуберкулезных препаратов и сопутствующих заболеваний.

Мобильный широкополосный доступ в интернет через 4G или 5G или беспроводной широкополосный доступ (WiFi) является основным требованием для ВПЛ в реальном времени. Отсроченное (асинхронное) ВПЛ можно использовать даже если доступ в интернет непостоянный в течение дня. Для видеосвязи обычно предварительно устанавливают на мобильных электронных устройствах приложения (например, Skype, WhatsApp, Telegram и др.).

Как и в случае с другими цифровыми технологиями, ожидается, что ВПЛ будет изменяться быстрыми темпами по мере развития информационно-коммуникационных технологий. В настоящее время большинство стран ВПЛ применяют в территориях, обеспеченных подключением к интернету, обычно в городских условиях. Еще одним ограничением расширения ВПЛ является доступ к оборудованию, хотя прогнозы предполагают, что широкое использование смартфонов будет способствовать глобальному расширению мобильной телефонии и превысит доступ к интернету. В Российской Федерации кабинеты ВПЛ включены в проект актуализированного Порядка оказания медицинской помощи пациентам с туберкулезом.

Модели пациентоориентированных решений

Основными возможными барьерами к соблюдению пациентом рекомендованного режима лечения, могут стать неверная или недостаточная информация об опасности заболевании активным туберкулезом; «неудобные» часы работы медицинской организации; длительное время ожидания амбулаторного приема в поликлинике или в дневном стационаре; расходы на визиты (на транспорт, потеря время); реальная или предполагаемая стигматизация, связанная с заболеванием и лечением туберкулеза; сопутствующие заболевания и зависимости (употребление алкоголя и др.); одновременный прием других лекарственных средств и пищевых добавок, которые могут повлиять на эффективность противотуберкулезных препаратов; неблагоприятные побочные реакции лекарственных средств [22 24].

Личностно-ориентированные подходы по обеспечению приверженности к терапии

В целях обеспечения приверженности к терапии туберкулеза медицинскому работнику необходимо:

- предоставить пациенту информацию на понятном языке, соответствующим его уровню грамотности;

- задавать уточняющие вопросы пациенту и давать ему четкие и простые ответы;

- убедиться, что пациент понимает, зачем нужно лечение туберкулеза, и знает о различных вариантах схем химиотерапии;

- предоставить дополнительные информационные материалы;

- поддерживать информационные сообщения при каждом контакте во время лечения;

- сообщить номер телефона, чтобы пациент мог позвонить в случае необходимости для получения консультации;

- вовлекать членов семьи и/или законных представителей пациента, когда это возможно;

- для обеспечения приверженности к соблюдению режима химиотерапии в конкретных ситуациях можно использовать различные подходы.

Модели медицинского партнерства с пациентом

Для увеличения шансов на соблюдение режима лечения и его завершения медицинским работникам необходимо согласовать совместно с пациентом следующие вопросы организации лечения:

- уточнить, что пациент знает о туберкулезной инфекции, заболевании активным туберкулезом и лечении, и, если эти знания неверные, предоставить достоверную информацию;

- оценить мотивацию пациента получать лечение;

- объяснить преимущества лечения туберкулеза;

- обсудить с пациентом возможности проведения лечения (методы, организационные формы);

- выяснить, кто из членов семьи и/или ближайшего окружения может оказать поддержку (член семьи, хороший знакомый и др.) и обязательно получить дополнительную информацию: контактные телефоны, адрес электронной почты, а также

имена и контактные данные других близких друзей или родственников с условием соблюдения конфиденциальности;

- установить определенное время приема препаратов в течение дня;

- рекомендовать использовать напоминания о регулярном приеме препаратов (электронные напоминания на мобильных телефонах и другие);

- согласовать, какой способ является предпочтительным для поддержания связи с медицинским работником: телефонный звонок, визит на дом, визит в медицинскую организацию;

- использовать, если это возможно, цифровые технологии соблюдения режима лечения (видеосопровождение приема препаратов в режиме реального времени или отсрочено);

- уточнить, какой способ контакта является предпочтительным в случае пропуска дозы препаратов: звонок по мобильному телефону, визит на дом, контакт с членом семьи или иные варианты;

- выяснить, имеется ли потребность в поддержке для оплаты проезда для получения лекарственных препаратов/ нужна ли продовольственная поддержка;

- предоставлять стимулы для поощрения или мотивации отдельных лиц в зависимости от приемлемости и наличия средств (продовольственные наборы, возмещение транспортных расходов и телефонных звонков);

- рассказать, что делать при возникновении возможных побочных реакций на лекарственные препараты и подчеркнуть важность информирования и обращения за помощью в случае неблагоприятных побочных реакций на лекарства, даже легких (например, окрашивание мочи и других жидкостей организма в красный/оранжевый цвет является действием рифампицинов и безвредно, а желудочно-кишечные расстройства, гриппоподобные симптомы или сыпь могут являться тяжелым неблагоприятным действием противотуберкулезных препаратов);

- объяснить, к какому медицинскому работнику и каким образом можно обратиться, если во время лечения появятся нежелательные явления или изменения в состоянии здоровья и продолжать лечение только после его консультации;

- согласовать проведение лечения туберкулеза и последующее наблюдение с обследованием и лечением по поводу ВИЧ-инфекции или других заболеваний, которые возможно получать одновременно - если одновременно пациент применяет другие лекарственные препараты, пояснить безопасность их сочетания с противотуберкулезными.

Пациентоориентированная модель взаимодействия, основанная на дружелюбии, уважении, не конфликтности, понимании запросов больного и умении их решать, внимании к эмоциональному состоянию, позволяет значимо повысить качество оказания противотуберкулезной помощи.

Литература

1.Клинические рекомендации «Туберкулез у взрослых» - Российское Общество Фтизиатров, Национальная ассоциация некоммерческих организаций фтизиатров «Ассоциация фтизиатров». 2024 г. - https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/16_3.

2.Клинические рекомендации «Туберкулез у детей» - Российское Общество Фтизиатров, Национальная ассоциация некоммерческих организаций фтизиатров «Ассоциация фтизиатров». 2024 г. - https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/507_3.

3 Елисеев П.И., Никишова Е.И., Крупская А.Ю., Штраух В.И., Химова Е.С., Марьяндышев А.О. Выявление M. tuberculosis с использованием картриджной технологии у больных с отрицательным результатом микроскопии мокроты в региональной лаборатории // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2024. – Т. 102, No 2. – С. 36–42. http://doi.org/10.58838/2075-1230-2024-102-2-36-42.

4.Жандаулетова Ж.Т., Никишова Е.И., Марьяндышев А.О., Серикбаева К.С., Аденов М.М., Исмаилов Ш.Ш., Сапиева Ж.А., Трусов А.А., Мусабекова Г.А., Касымбекова С.Ж., Ракишева А.С. Безопасность новых режимов профилактического лечения туберкулеза и приверженность к их соблюдению по данным Республики Казахстан. *Туберкулез и болезни легких*. 2023;101(1):17-26. https://doi.org/10.58838/2075-1230-2023-101-1-17-26.

5. Миронюк О.М., Никишова Е.И., Низовцева Н.И., Марьяндышев А.О. Организация контролируемого лечения больных туберкулезом в гражданском секторе Архангельской области // Туберкулез и болезни легких. – 2014 – Т 1S. – С. 33-37

6 Наумов, А. Г. Опыт использования аддитивных технологий на примере трехмерной реконструкции легких в клинической практике противотуберкулезного диспансера / А. Г. Наумов, А. С. Шпрыков, Э. Р. Крюков. – DOI 10.18093/0869-0189-2022-32-1-109-117 // Пульмонология. – 2022. – Т. 32, № 1. – С. 109-117.

7. Павлюченкова Н.А., Васильева И.А., Самойлова А.Г., Тюлькова Т.Е. Видеокон-тролируемое лечение – инновационный метод мониторинга терапии туберкулеза в условиях ограниченных ресурсов системы здравоохранения. Туберкулез и болезни легких. 2022;100(2):53-60. https://doi.org/10.21292/2075-1230-2022-100-2-53-60.

8 Практический справочник ВОЗ по туберкулезу. Модуль 1. Профилактика: профилактическое лечение туберкулеза [WHO operational handbook on tuberculo-sis. Module 1: prevention - tuberculosis preventive treatment]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2021. http://apps.who.int/iris. ISBN 978-92-4-003274-3 (онлайн-версия)

9 Практический справочник ВОЗ по туберкулезу. Модуль 4. Лечение - Лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2021; http://apps.who.int/iris. ISBN 978-92-890-5667-0 (электронная версия)

10. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 932н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом" (с изменениями и дополнениями) // https://base.garant.ru/70340750/.

11. Сводное руководство ВОЗ по туберкулезу. Модуль 4: лечение (лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2021; http://apps.who.int/iris. ISBN 978-92-890-5666-3 (электронная версия)

12 Таран Д.В., Леликова В.Д., Стерликов С.А., Корниенко С.В., Морозова Т.И. Итоги реализации проекта «пациент-ориентированное сопровождение». Туберкулез и болезни легких. 2015;(4):32-35. https://doi.org/10.21292/2075-1230-2015-0-4-32-35

13. Шерстнева Т.В., Скорняков С.Н., Подгаева В.А., Шерстнев С.В., Цветков А.И. Мультидисциплинарный подход в работе по формированию приверженности лечению больных туберкулезом. Туберкулез и болезни легких. 2017;95(1):34-41. https://doi.org/10.21292/2075-1230-2017-95-1-34-41

14. Barry M J, Edgman-Levitan S. Shared decision making--pinnacle of patient-centered care. N Engl J Med. 2012;366(09):780–781. doi: 10.1056/NEJMp1109283

15. Digital Health for The End Tb Strategy: Agenda For Action, - Geneva: World Health Organization; - 2015.- p. 32

16. Guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care, 2017 update. Geneva: World Health Organization; 2017; http://apps.who.int/iris. ISBN 978-92-4-155000-0.

17. Implementing the end TB strategy: the essentials, 2022 update. Geneva: World Health Organization; 2022. http://apps.who.int/iris. ISBN 978-92-4-006509-3 (electronic version)

18. Kuipers S J, Cramm J M, Nieboer A P. The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multimorbidity in the primary care setting. BMC Health Serv Res. 2019;19(01):13. doi: 10.1186/s12913-018-3818-y.

19. Handbook for the use of digital technologies to support tuberculosis medication adherence, Geneva: World Health Organization; - 2017.- p. 58

20. Holzman SB, Zenilman A, Shah M. Advancing patient-centered care in tuberculo-sis management: a mixed-methods appraisal of Video Directly Observed Therapy. Open Forum Infect Dis. 2018;5(4). pmid:29732378

21. Mohr E, Hughes J, Snyman L, Beko B, Harmans X, Caldwell J, et al. Patient sup-port interventions to improve adherence to drug-resistant tuberculosis treatment: A counselling toolkit. S Afr Med J. 2015;105(8):631–4. pmid:26449704

22. Stacey D, Légaré F, Lewis K et al. Decision aids for people facing health treat-ment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev. 2017;4:CD001431. doi: 10.1002/14651858.CD001431.pub5.

23. Wingfield T, Tovar MA, Huff D, Boccia D, Montoya R, Ramos E, et al. A randomized controlled study of socioeconomic support to enhance tuberculosis prevention and treatment, Peru. Bull World Health Organ. 2017;95(4):270–80. pmid:28479622

24. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 4: treatment: tuberculosis care and support. 2022. - https://iris.who.int/handle/10665/353399.

КОМПЛАЕНТНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ

А. А. Зайцев

Введение

В настоящее время одной из серьезных и трудно преодолимых проблем современной медицины является нежелание пациентов следовать лечебным назначениям [1, 2]. Впрочем, стоит предположить, что несоблюдение по ряду причин врачебных рекомендаций ведет свое начало, по-видимому, с появления таковых.

Степень приверженности больного к лечению принято обозначать термином «комплаентность» (*compliance* - англ.), под которым чаще всего понимают согласие пациента руководствоваться рекомендациями врача. Напротив, некомплаентность (низкий комплайнс) определяют, как любое отклонение больного от врачебных предписаний [2].

По степени выполнения больным врачебных назначений комплайнс классифицируется как [3]:

- высокий (более 80%);
- средний (20-80%);
- низкий (менее 20%).

Несоблюдение рекомендуемого режима лечения может иметь весьма серьезные клинические последствия, поскольку нередко сопровождается большей частотой терапевтических неудач, увеличением потребности в дополнительных консультациях лечащего врача, других специалистов, необходимостью модификации лечения, возрастанием экономических затрат и пр. [4, 5].

Связь между клинической эффективностью терапии и приверженностью больного врачебным рекомендациям подтверждена результатами многочисленных исследований. Так, например, высокая комплаентность при приеме больными ишемической болезнью сердца гиполипидемических лекарственных средств корреспондировала со снижением числа случаев коронарной смерти на 10-12% [6]. В исследовании CHARM, включавшем более 7,5 тыс. пациентов с хронической сердечной недостаточностью, которые принимали кандесартан на протяжении 38 месяцев, благоприятные последствия высокой комплаентности выразились в уменьшении риска летального исхода от любой причины [7]. А при рецидивирующей инфекции мочевыводящих путей высокий комплайнс антибактериальной терапии сопровождался наименьшей частотой повторных эпизодов инфекции (3.0/год) в сравнении со средней (4,8/год) и низкой (7,2/год) комплаентностью [8].

На первый взгляд, наибольшую остроту проблема комплаентности приобретает при лечении больных с хроническими заболеваниями внутренних органов, и напротив, при острых заболеваниях (например, при инфекциях дыхательных путей)

несоблюдение режима терапии представляется менее вероятным, поскольку в данной клинической ситуации очевидна мотивация пациентов на скорейшее выздоровление. Однако и в данном случае на практике значительное число больных с острыми респираторными инфекциями не выполняют предписанный режим лечения [9, 10].

Между тем, данное обстоятельство чрезвычайно важно, так как при антимикробной химиотерапии вероятность эрадикации возбудителя напрямую зависит от адекватной дозы антибиотика. Справедливость этого заключения многократно подтверждалась результатами исследований, демонстрировавших существенное снижение эффективности антибактериальной терапии респираторных инфекций при несоблюдении пациентами предписанного режима лечения (рис. 1).

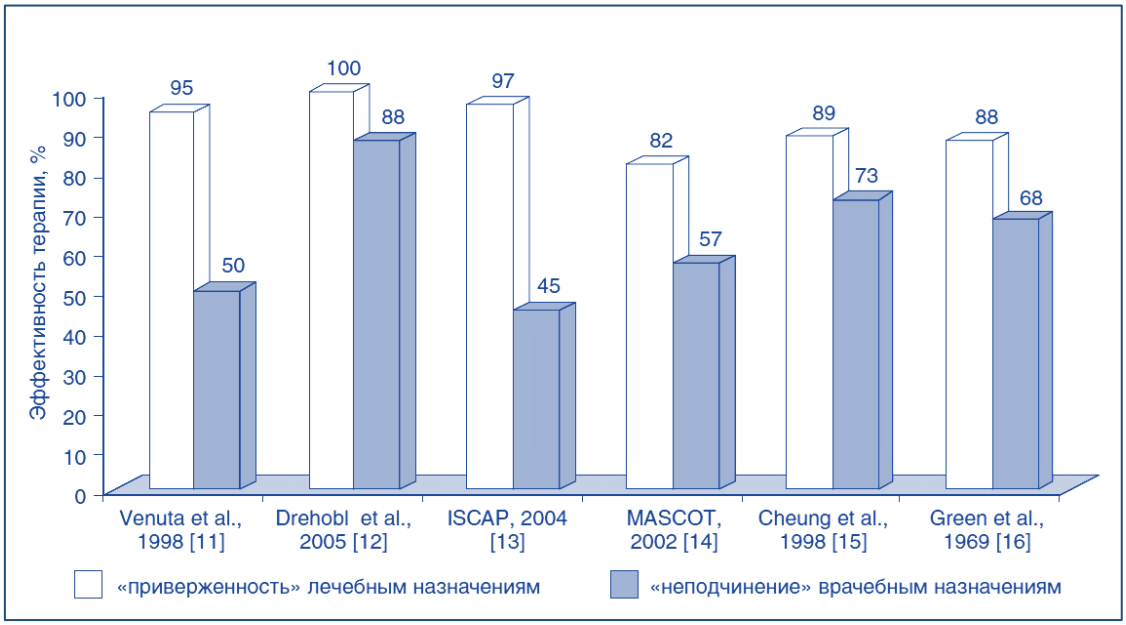

Рисунок 1. Комплаентность и эффективность антибактериальной терапии.

Из: Комплаентность пациентов с инфекциями дыхательных путей. А. И. Синопальников, А. А. Зайцев. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2008;10(1):50-9.

Не менее важно и то обстоятельство, что низкая комплаентность антимикробной химиотерапии еще одним следствием может иметь селекцию лекарственно-устойчивых возбудителей. Так, в частности, в исследовании Weis и соавт. [17] было показано, что строгий врачебный мониторинг по выполнению лечебных рекомендаций позволил снизить уровень приобретенной устойчивости микобактерий туберкулеза с 14,0% до 2,1% ($p<0.001$). Напротив, снижение приверженности к высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) больных СПИДом до 70% оказалось независимым фактором риска роста устойчивости возбудителя к проводимому лечению и увеличения частоты случаев ее клинической неэффективности [18].

В этой связи естественным представляется предостережение, которое эксперты Управления по контролю за лекарствами и пищевыми продуктами (US Food and Drug Administration) рекомендуют указывать в инструкции по применению любого антибиотика: «...пропуск приема очередной дозы препарата или преждевременное окончание рекомендованного курса антибактериальной терапии могут со-

провождаться снижением эффективности лечения и повышением вероятности развития лекарственной устойчивости бактерий»[1].

В немалой степени различия в приверженности пациентов к антибактериальной терапии (Китай – 39,4%; Япония – 44,5%; Нидерланды – 61,6%; Италия – 92,8%) зависят от региональных особенностей оказания медицинской помощи [1]. Так, например, в Италии столь высокая комплаентность объясняется широким использованием парентеральной антибиотикотерапии (препараты с длительным интервалом дозирования – цефтриаксон, азитромицин) амбулаторным пациентам. Напротив, в Китае и Японии невыполнение многими больными назначенного режима терапии ассоциируется с коротким по времени (10-15 минут) контактом с лечащим врачом.

Однако, общемировая тенденция – рис. 2, свидетельствует о том, что порядка 30% амбулаторных больных не выполняют предписанный режим антибиотикотерапии [1].

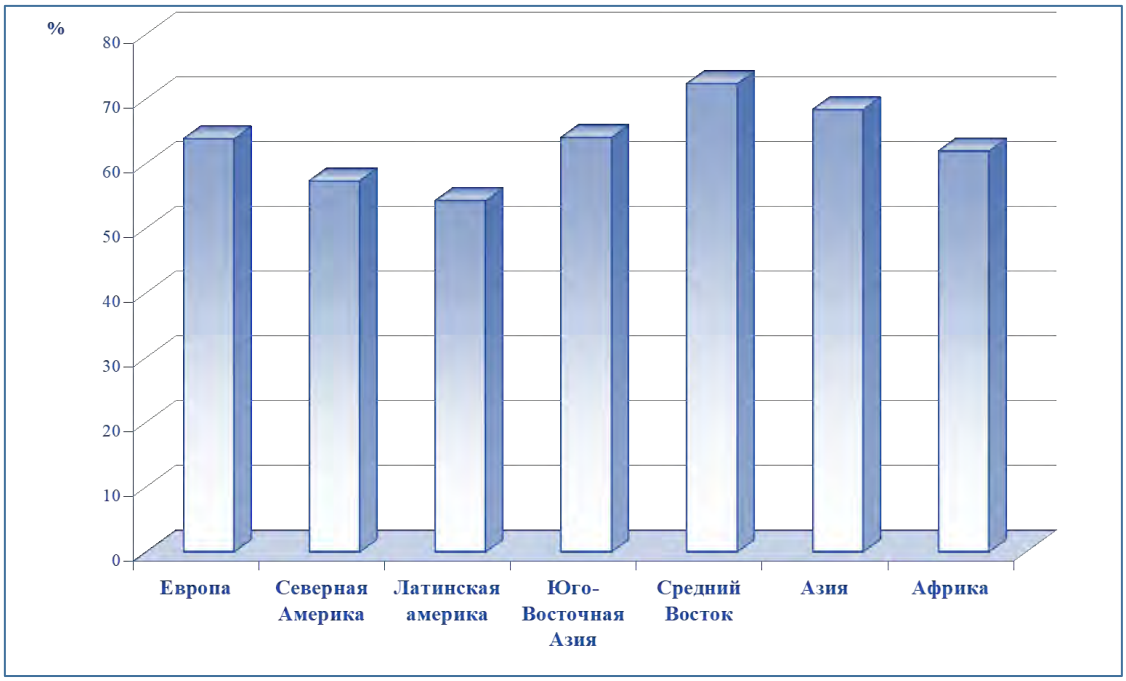

Рисунок 2. Общемировые тенденции комплаентности антибактериальной терапии в амбулаторной практике.

Из: Pechere J.C., Hughes D., Kardas P., Cornaglia G. Non compliance with antibiotic therapy for acute community infections: a global survey. Int J of Antimicrob Agents 2007;29:245-253.

В феврале 2007 г. в России было проведено исследование «Несоблюдение режима приема антибиотиков: причины, особенности поведения пациентов и мнение специалистов». В исследовании приняли участие 1575 взрослых пациентов. Выяснилось, что в нашей стране каждый второй респондент (54%) не соблюдает график приема антибиотиков частично или полностью, что заключается чаще всего в пропуске дозы или уменьшении частоты приема рекомендованного лекарственного средства. При этом 3% признались, что вовсе не соблюдают рекомендации врача (рис. 3).

[1] www.fda.org

Рисунок 3. Комплаентность антибактериальной терапии в Российской Федерации.

Из: Несоблюдение режима приема антибиотиков: причины, особенности поведения пациентов и мнение специалистов, 2007. https://www.sostav.ru/news/2007/08/20/1issl/.

Методы оценки комплаентности в пульмонологии

До настоящего времени в большинстве исследований комплаентность оценивается путем расспроса пациента как во время визитов к врачу, так и по телефону, либо анализируются записи, сделанные больными в дневниках самонаблюдения (табл. 1). Однако данные методы не способны отразить все или даже большинство случаев несоблюдения предписанного режима терапии, поскольку пациенты зачастую сами не осознают соответствующие ошибки и не сообщают о них. Кроме того, в части случаев из-за опасения быть исключенными из исследования пациенты могут сознательно скрывать факты пропуска приема лекарственных средств, что в конечном итоге ведет к завышению показателя комплаентности [2].

В этой связи современный этап исследования комплаентности представлен объективными методами ее оценки. Самый простой и наиболее широко использующийся из них основан на подсчете остающихся у пациента таблеток. Однако и в этом случае не удается избежать ошибок, так как больные сами подсчитывают количество таблеток и освобождаются от «лишних» перед очередным посещением врача [20]. Впрочем, до настоящего времени ввиду своей простоты и доступности метод подсчета таблеток остается наиболее востребованным в клинических исследованиях. Его надежность может быть увеличена, если проводить подсчет таблеток во время незапланированных визиты, в том числе и в амбулаторных условиях.

Другим объективным методом оценки комплаентности является определение

концентрации лекарственного средства или его метаболитов в жидкостях организма, в частности, в крови или моче с помощью экспресс-тестов. Впрочем, и в данном случае исследователь не застрахован от ошибок, поскольку получаемый результат актуален для относительно короткого промежутка времени перед тестом и не способен дать объективную оценку комплаентности в течение всего срока лечения [21]. Кроме того, использование данного метода нецелесообразно для изучения комплаентности в случаях многократного приема лекарственного средства в течение дня. Так, в частности, рядом исследователей было продемонстрировано циклическое «возрастание» комплаентности незадолго до очередного запланированного визита к врачу.

Таблица 1. Методы оценки комплаентности в пульмонологии

Метод	Преимущества	Недостатки	Пути повышения надежности
Расспрос пациента на визите, по телефону	Простота	Необъективность, высокая частота ложных ответов	Ведение дневников пациента, их незапланированный контроль
Подсчет таблеток	Относительная простота	Нет информации об истинно принятых препаратах и соблюдении режима приема	Незапланированные визиты
Измерение концентрации препаратов или их метаболитов в жидкостях организма – в крови или в моче	Доказательство приема препарата	Техническая сложность. Высокая стоимость. Отсутствие данных о регулярности приема. Не подходит для оценки препаратов, принимаемых несколько раз в течение дня	Комбинирование методов
Микроэлектронные устройства MEMS, eDEM	Точная количественная оценка комплаентности. Информация о режиме приема. Ежедневный мониторинг	Техническая сложность. Высокая стоимость. Отсутствие доказательства истинного приема препаратов	Комбинирование методов

В настоящее время своеобразным «золотым стандартом» оценки комплаентности являются созданные в конце XX века микроэлектронные устройства - MEMS (*Medication Event Monitoring System; Aprex, Union City, CA, USA*) и eDEM (*Electronic Drug Exposure Monitor; AARDEX, Switzerland and Union City, CA, USA*). Они состоят из

электронной микросхемы, помещенной в крышку стандартного контейнера и регистрирующей каждый эпизод его открытия [22 - 24]. Допуская, что при открытии устройства препарат не только извлекается из контейнера, но и принимается пациентом, можно с высокой точностью оценить комплаентность. Согласно результатам ряда исследований, подобное электронное измерение дает самую точную и объективную оценку «дисциплинированности» пациента. В частности, при исследовании комплаентности у пациентов, принимавших изониазид для профилактики туберкулеза, проводился подсчет таблеток, экспресс-тест на присутствие препарата в моче и электронный контроль. Оказалось, что первые два метода оценки продемонстрировали более высокую комплаентность по сравнению с результатами, полученными с помощью электронной системы MEMS [24].

Кроме того, введение таких электронных устройств позволило проводить точную количественную оценку комплаентности. Впервые удалось детализировать время приема препарата по сравнению с предписанным режимом лечения. А ведь в большинстве клинических ситуаций, особенно в случаях лечения отдельными классами антибиотиков[26], временной интервал между дозами чрезвычайно важен, поскольку нарушение режима дозирования ведет не только к снижению эффективности лечения, но и обусловливает селекцию лекарственноустойчивых микроорганизмов [25].

Безусловно, что с целью получения наиболее достоверных результатов необходимо комбинирование методов оценки комплаентности (например, использование микроэлектронных устройств в сочетании с определением концентрации лекарственного вещества).

Основные ошибки, связанные с несоблюдением режима антибактериальной терапии

Длительность антибактериальной терапии инфекций дыхательных путей составляет, как правило, 7-14 дней. Однако даже столь непродолжительный период лечения не гарантирует несоблюдения пациентами врачебных предписаний. При этом едва ли не самой распространенной ошибкой оказывается пропуск единичных доз антибактериальных препаратов, чаще всего неумышленный [2]. К числу наиболее распространенных ошибок относятся:

- отказ от лечения антибиотиком;

[26] Принято выделять две группы антибиотиков - с концентрационнозависимой антимикробной активностью и с времязависимой активностью. Для первой группы препаратов, примером которых являются аминогликозиды или фторхинолоны, степень гибели бактерий коррелирует с концентрацией антибиотика в биологической среде, например, в сыворотке крови. Поэтому целью режима дозирования является достижение максимально переносимой концентрации препарата. Для антибиотиков с времязависимым антимикробным действием наиболее важным условием является длительное поддержание концентрации на относительно невысоком уровне (в 3-4 раза выше минимальной подавляющей концентрации - МПК). Причем, при повышении концентрации препарата эффективность терапии не возрастает. К антибиотикам с времязависимым типом действия относятся пенициллины, цефалоспорины. Целью режимов их дозирования является поддержание в сыворотке крови и очаге инфекции концентрации препарата, в 4 раза превышающей МПК. При этом необязательно, чтобы уровень концентрации антибиотика был выше МПК в течение всего интервала между дозами. Достаточно, чтобы такая концентрация сохранялась в течение 40-60% временного интервала между дозами.

- отказ от покупки назначенного препарата;

- задержка с началом стартовой терапии;

- неумышленный пропуск единичных доз антибиотика;

- сознательный пропуск единичных доз препарата;

- регулярные изменения в кратности приема препарата;

- регулярные изменения временных интервалов между приемом препарата;

- периодическое увеличение дозы антибиотика;

- преждевременное прекращение терапии.

В этом плане показательны результаты исследования O.Favre и соавт., изучавших комплантность антибактериальной терапии острых инфекционных заболеваний в амбулаторных условиях с использованием электронных устройств и описавших наиболее распространенные ошибки пациентов и их «аргументацию» [26]. Ряд больных, например, принципиально не покупают антибактериальные препараты, полагая, что они могут быть вредны - «снижают иммунитет», «действуют на печень», «вызывают дисбактериоз» и пр. Некоторые больные по этим же причинам задерживают начало лечения, надеясь до определенного момента обойтись без антибиотиков.

Еще одна распространенная ситуация – пациент попросту не может купить назначенный препарат из-за его высокой стоимости (данное обстоятельство актуально для новых антибактериальных препаратов, обладающих привлекательным режимом дозирования - один раз в сутки, - но «выходящих» за рамками финансовых возможностей отдельных категорий больных). В ряде случаев имеет место сознательное пропуск приема единичных доз антибиотика пациентом, получающим одновременно терапию по поводу какого-либо сопутствующего заболевания и опасающимся неблагоприятных лекарственных взаимодействий. Подобное «объяснение» может высказываться больным и в случае его нежелания даже на непродолжительный период лечения отказаться от привычного употребления алкоголя.

Для немалого числа больных характерно преждевременное прекращение антибактериальной терапии, объясняемое наметившимся уже с первых дней лечения отчетливым клиническим улучшением [27, 28]. В этом плане показательны результаты метаанализа, свидетельствующие, что большинство пациентов получая клиническое улучшение уже в первые 3 дня терапии (т.н. желательная условность), отказываются от дальнейшего приема лекарственного препарата [29].

В ряду других причин несоблюдения режима лечения фигурируют возникновение нежелательных эффектов в процессе лечения, а также, на первый взгляд, такие несущественные факторы, как большой размер таблетки, ее неприятный запах или вкус [3].

Распространенной ошибкой является произвольная модификации самим пациентом предписанного режима дозирования антибиотика. Так, нередко больные уменьшают частоту приема препарата, например, два раза вместо трех раз в день, аргументируя данный шаг «опасностью» антибиотика. В редких случаях, напротив, пациенты в начале болезни принимают большую дозу препарата, объясняя это желанием быстрого выздоровления. Значительную роль в изменении временных интервалов между дозами препарата и неумышленным пропуском единичных доз антибиотика играет образ жизни пациентов, а также то, что некоторые из них, несмотря на болезнь, продолжают работать [26].

Факторы, влияющие на комплайнс

Факторы, влияющие на приверженность пациентов назначенному лечению, разнообразны – рис. 4. Выделяют: факторы, связанные с лечением, собственно с заболеванием, связанные с пациентом, факторы контакта «врач-пациент», а также демографические предикторы низкой комплаентности.

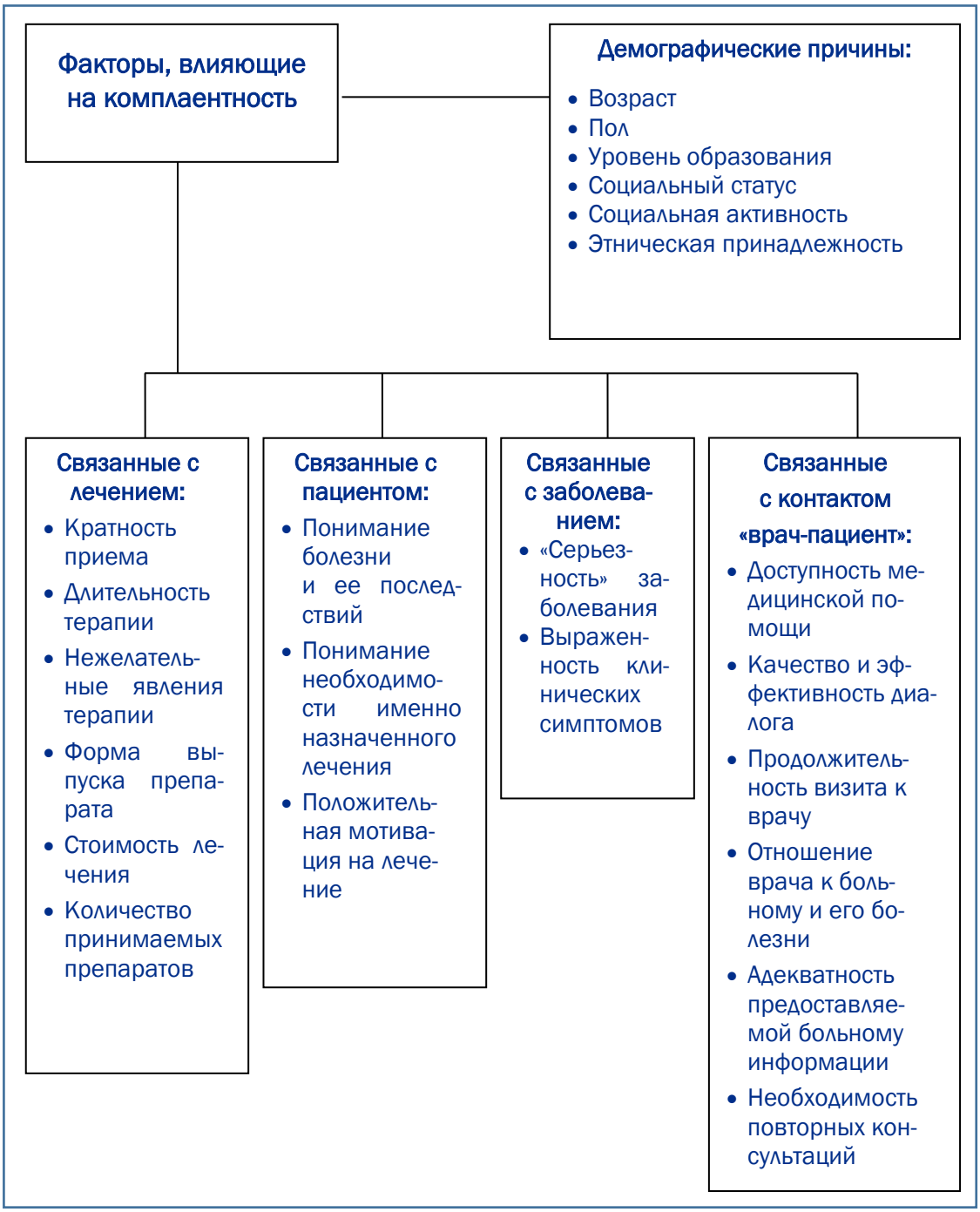

Рисунок 4. Факторы, влияющие на лекарственную комплаентность.

Очевидно, что наиболее важными факторами, влияющими на соблюдение режима лечения, являются:

- кратность приема лекарственного средства;
- продолжительность терапии;
- переносимость/безопасность лекарственного препарата;
- форма выпуска препарата (таблетки, сироп, саше);
- доверие больного врачебным рекомендациям (наличие связи «врач-пациент»);
- «серьезность» заболевания;
- возраст пациента и его пол;
- социальная активность/занятость пациента;
- социальный статус больного, уровень его образования; семейное положение;
- наличие у больного сопутствующей патологии;
- наличие у пациента вредных привычек (курение, алкоголь).

Безусловно, самым ключевым фактором, определяющим комплаентность лекарственной терапии, является кратность приема препарата [2]. Так, согласно данным метаанализа, включившего более 100 исследований, при однократном приеме в сутки лекарственного средства средняя комплаентность составляет 73%, при двукратном - 70%, при трехкратном - 52% и при четырехкратном - 42% [30].

Сходные результаты были продемонстрированы при проведении еще одного масштабного метаанализа 79 исследований, в которых использовались соответствующие электронные устройства: при одно-, дву-, трех- и четырехкратном приеме препарата в сутки комплаентность достигала 79%, 69%, 65% и 51% соответственно [23].

Подобная закономерность может быть продемонстрирована и на примере антибактериальной терапии инфекций дыхательных путей - наибольший комплайнс наблюдается при однократном приеме антибиотика [31]. При этом, учитывая относительную непродолжительность лечения большинства острых респираторных инфекций, комплаентность в случаях однократного приема в сутки антибиотика приближается к абсолютной –например, при назначении азитромицина и цефтибутена 1 раз в день она достигала 97% и 98% соответственно [32, 33].

Напротив, более частый режим дозирования антибиотика к нередким отклонениям от врачебных предписаний. Так, в частности, в исследовании R.Cook и соавт. было показано, что комплаентность при 5-дневном приеме амоксициллина/клавуланата два и три раза в сутки составила 90% и 87% соответственно [34]. При этом 34% пациентов, принимавших антибиотик два раза в день, пропустили в течение данного лечебного периода, по крайней мере, одну дозу антибиотика, тогда как в группе больных, получающих препарат 3 раза в сутки, аналогичная ошибка наблюдалась уже в 76,5% случаев. Сходные результаты были получены и в исследовании с применением электронных устройств: 70% пациентов, принимающих триметоприм два раза в день, полностью выполняли предписанный режим терапии, тогда как среди больных, получающих цефалексин 4 раза в день, комплаентность составила лишь 39% [15].

При изучении комплаентности антибактериальной терапии инфекций верхних и нижних дыхательных путей у детей, двукратный прием антибиотика характеризовался лучшим комплайнсом по сравнению с трехкратным режимом дозирования [35, 36], а в группе, принимающих антибиотики четыре раза в день в течение 5

дней, ни один пациент не выполнил полностью предписанного режима терапии [37].

Помимо кратности приема антибиотика комплаентность зависит и от продолжительности лечения. Так, в частности, применение антибиотиков менее 7 суток характеризуется лучшим комплайнсом по сравнению с режимами антибактериальной терапии, превышающими эти сроки [2, 27]. В исследовании, посвященном лечению феноксиметилпенициллином стрептококковой инфекции у детей, комплаентность оценивалась путем подсчета таблеток. Оказалось, что на третий день лечения полностью выполняли рекомендуемую терапию лишь 44%, на шестой день - 29%, а на девятый день – только 18% больных [38]. В еще одном исследовании на 5-й день приема феноксиметилпенициллина 81% детей придерживались назначенного режима терапии, тогда как на 9-й день - лишь 56% [8].

Безусловным фактором, влияющим на комплаентность, является переносимость/безопасность проводимой антибактериальной терапии. Очевидно, что отсутствие нежелательных явлений, связанных с приемом антибиотика приводит к улучшению выполнения пациентом терапевтического режима и, наоборот, любая даже незначительная побочная реакция значительно снижает готовность больного принять следующую дозу препарата.

Помимо кратности и длительности приема лекарственных средств следует учитывать и другие факторы, влияющие на комплаентность. E. Ellerbeck и соавт. показали существующую зависимость между комплаентностью антибактериальной терапии у детей (в возрасте от 2 месяцев до 5 лет), переносящих пневмонию, и формой выпуска антибиотика [39]. На четвертый день лечения 82% пациентов, получающих антибактериальный препарат в виде сиропа, продолжали выполнять назначенную терапию, в то время как приверженность к лечению детей, принимающие таблетки или саше (порошок в пакетике) составила 55% и 71% соответственно.

Небезынтересным представляется тот факт, что у пациентов с инфекциями верхних отделов дыхательных путей комплайнс оказывается ниже, чем у больных пневмонией, обострением хронического бронхита, поскольку последние осознают серьезность своего заболевания и более мотивированы на лечение [9, 37].

Комплаентность также зависит от социальной активности пациента, очевидно, что работающие люди с одной стороны более мотивированы на выздоровление, но с другой их занятость рабочими моментами приводит к неумышленному пропуску доз препарата и другим ошибкам.

Низкий комплайнс наблюдается в случаях отсутствия коммуникативной связи «врач-пациент», например, когда общение с врачом ограничивается однократным визитом. В частности, данная проблема весьма актуальна для таких стран, как Япония и Мексика, где среднее время консультации врача составляет менее 10 минут [40, 41].

Конечно же, маловероятно, что пациент будет соблюдать все рекомендации врача, если тот не сумеет построить доверительные отношения с больным. Пациенты охотнее доверяют врачам, которые демонстрируют заинтересованность в симптомах пациента и в его общем самочувствии. Особенно важно искреннее отношение врача к пациенту, которое проявляется посредством невербальной коммуникации (интонация, мимика, жесты). Пациент сразу почувствует, если врач попытается скрыть за ободрительными ремарками свое раздражение из-за того, что пациент отнимает у него время своими вопросами, когда диагноз ясен и больному уже давно выдан листок с назначениями.

Очевидно, что доступность медицинской помощи имеет решающее значение для комплаентности пациентов с респираторными инфекциями. Возможность телефонной

связи с врачом позволяет существенно повысить приверженность больных назначенному лечению.

В педиатрической практике более сложная ситуация, ведь общение происходит не с самим пациентом, а с его родителями, что требует более тщательного разъяснения о необходимости самой антибиотикотерапии, по выбору конкретного антибиотика, времени наступления эффекта, продолжительности лечения, необходимо дать рекомендации по хранению препарата и пр.

Несколько неожиданным представляется тот факт, что низкий комплайнс чаще наблюдается при лечении у опытных врачей, что объясняется более частым контролем за процессом лечения со стороны начинающих специалистов [40]. Впрочем, по мнению мексиканских исследователей, лучшая комплаентности наблюдается в тех случаях, когда пациент хорошо знает врача и не раз у него лечился [9].

Противоречивые данные говорят о зависимости комплаентности от пола, семейного положения, образования, уровня дохода и социального статуса пациента [23, 30]. Рядом исследований доказано, что на данный момент не существует какой-либо связи между комплаентностью антибактериальной терапии и половой принадлежностью пациентов, их семейным положением и уровнем образования [2, 42, 44]. Кроме того, по мнению некоторых исследователей комплаентность антибиотикотерапии не всегда связана со стоимостью лечения [2, 41].

Существующая информация о влиянии возраста на комплаентность весьма противоречива. Так, в частности, было показано, что комплаентность оказывается наибольшей у пациентов молодого и среднего возраста, составляя 76 %, 54 % и 33 % в возрастных группах < 40 лет, 40-60 лет и > 60 лет соответственно [43]. По мнению же P. Kardas и соавт. комплайнс возрастает с каждым прожитым годом на 0,33% [41].

Очевидно, что наличие сопутствующей патологии, требующей дополнительного назначения лекарственных средств существенно снижает комплаентность. Обратная зависимость между количеством принимаемых препаратов и комплаентностью связана с усложнением режима лечения, более высокой стоимостью многокомпонентной терапии, а также со страхом больного о необходимости приема большого количества лекарств.

Такие факторы как курение и алкоголь также оказывают негативное влияние на комплаентность. Так, показано, что являлись прием алкоголя даже в незначительных количествах и депрессия являются предикторными факторами снижения комплаентности высокоактивной антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированных пациентов как женского, так и мужского пола. Вне всякого сомнения, что психические расстройства, даже самые легкие (эмоциональный стресс, депрессия, в том числе связанная с заболеванием, простые фобии) оказывают значительное влияние на комплайнс.

Методы улучшения комплаентности

Комплаентность зависит от многих факторов, часть которых могут быть модифицированы:

- уменьшение кратности приема препарата (фармакодинамические параметры антибиотика);
- короткие курсы антибактериальной терапии;
- благоприятный профиль безопасности;
- стоимость препарата;

- удобная для пациента форма выпуска антибиотика;

- обучение пациента, его четкое информирование;

- контроль за процессом лечения (повторные визиты, контакты по телефону и пр.).

Значительно улучшить комплайнс антибиотикотерапии возможно путем применения в клинической практике препаратов, обладающих оптимальными фармакодинамическими характеристиками, т.е. кратность приема которых не превышает 1-2 раз в сутки. Результаты исследований показывают, что при однократном приеме антибактериального препарата комплаентность приближается к 100% [2, 32, 33, 45]. Необходимо отметить, что в настоящее время, практически все антибактериальные препараты для лечения инфекций дыхательных путей, представленные на фармацевтическом рынке России, имеют лекарственные формы для одно-двукратного применения.

Другим действенным методом оптимизации комплаентости является использование коротких курсов антибиотиков [2]. В настоящее время доказана высокая, не уступающая стандартным схемам лечения, клиническая эффективность коротких курсов антибиотиков (≤ 5 дней) при таких заболеваниях, как тозиллофарингит, бактериальный синусит, острый средний отит, внебольничная пневмония, обострение хронической обструктивной болезни легких (табл. 2) [12, 45].

Таблица 2. Перечень антибиотиков, рекомендуемых FDA[27] короткими курсами.

Препарат	Показание	Продолжительность, дни
Бензатинбензилпенициллин	Фарингит/тонзиллит	Однократно
Цефподоксим	Фарингит/тонзиллит	5-10
	Острый средний отит у детей	5
Цефтриаксон	Острый средний отит у детей	Однократно
Моксифлоксацин	Обострение хронического бронхита	5
	Внебольничная пневмония	5
Гемифлоксацин	Обострение хронического бронхита	5
	Внебольничная пневмония	7
Левофлоксацин	Обострение хронического бронхита	5
	Внебольничная пневмония	5
Азитромицин	Обострение хронического бронхита	3 или однократно
	Острый синусит	3 или однократно
	Острый средний отит	3 или однократно
	Внебольничная пневмония	3 или однократно

Из: Guay DRP. Short-course antimicrobial therapy of respiratory tract infections. Drugs 2003; 63: 2169-84 (с изм.).

[27] FDA (англ. Food and Drug Administration, букв. «Управление еды и лекарств») – агентство Министерства здравоохранения и социальных служб США.

Очевидно, что наиболее полно совместить оба вышеуказанных подхода (однократный прием в сутки и короткие курсы терапии) удается при применении макролидного антибиотика – азитромицина. Именно для азитромицина доказана возможность модификации длительности терапии до 3-х суток при сохранении высокой клинической и бактериологической эффективности лечения амбулаторных инфекций верхних и нижних дыхательных путей. При таком подходе минимизируется число нежелательных явлений, риск возникновения антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, повышаются фармакоэкономические показатели антибиотикотерапии и достигается абсолютная комплаентность пациентов.

Еще одним важным подходом к улучшению комплаентности является использование антибиотиков с хорошим профилем безопасности [46].

Стоит отметить, что азитромицин, наряду с оптимальными фармакологическими свойствами, обеспечивающими максимальную комплаентность, является одним из наиболее безопасных антибактериальных препаратов – таблица 3.

Таблица 3. Частота отмены антибиотиков из-за нежелательных явлений при лечении инфекций дыхательных путей [47]

Препарат	Частота отмены из-за НЯ
Пенициллин, Амоксициллин	0,6
Азитромицин	0,8
Кларитромицин	1
Цефаклор	1,3
Эритромицин	1,9
Амоксициллин/клавуланат	2,3

Из: Ioannidis JP, Contopoulos-Ioannidis DG, Chew P, Lau J. Meta-analysis of randomized controlled trials on the comparative efficacy and safety of azithromycin against other antibiotics for upper respiratory tract infections. J Antimicrob Chemother. 2001 Nov;48(5):677-89.

Очевидно, что наиболее критичными нежелательными явлениями лекарственной терапии для пациента являются аллергические реакции, сопровождающиеся кожными проявлениями. Например, зная о потенциальных нежелательных явлениях, сопровождающих терапию гемифлоксацином у женщин младше 40 лет и у женщин в постменопаузальный период, находящихся на заместительной гормональной терапии – кожная сыпь, не стоит назначать препарат данной категории пациентов. К противомикробным средствам с наиболее низким аллергенным потенциалом относятся макролиды, общая частота реакций гиперчувствительности к которым не превышает 0,5%, что значительно ниже, чем у пенициллинов (до 10%) и цефалоспоринов (до 4%) [48].

Немаловажна и экономическая сторона вопроса, ведь чем ниже стоимость, тем вероятнее возможность приобретения пациентом рекомендуемого препарата. Однако при этом следует иметь в виду, что стоимость антибактериальной терапии зачастую оказывается несопоставимой по сравнению с последствиями возможной тера-

певтической неудачи. Вот почему порой необходимо настраивать пациента на приобретение более дорогостоящего лекарственного средства, гарантирующего раннее выздоровление, обладающего, как правило, более привлекательным профилем безопасности, что, в конечном счете, позволяет уменьшить, как прямые, так и косвенные затраты на лечение [49]. Очевидно, что в случае назначения относительно дорогостоящего антибиотика необходимо выяснить возможность его приобретения пациентом. Данный фактор немаловажен в России, где до 40% пациентов заменяют рекомендованный врачом препарат на иное лекарство из-за цены, 14% вообще не покупают лекарства из-за желания сэкономить.

Удобная форма выпуска антибиотика – еще один фактор, несомненно, влияющий на комплаентность. Большой размер таблетки или ее неприятный запах могут отвратить больного от приема такого препарата. Данное положения особенно актуально для детей – наличие удобного для использования сиропа с приятным запахом и вкусом улучшит выполнение рекомендованного режима терапии. К сожалению, этот аспект комплаенса изучен недостаточно, но в настоящий момент времени имеются данные двух исследований продемонстрировавших, что наибольшее предпочтение детьми отдается суспензиям азитромицина, ампициллина, амоксициллина, цефиксима, и цефадроксила, наименьшее – сиропам, содержащим кларитромицин, диклоксациллин и цефподоксим [50, 51]. С учетом кратности назначения антибиотика и возможности модифицирования длительности лечения наиболее предпочтительным препаратом, обеспечивающим необходимую комплаентность в педиатрической практике лечения респираторных инфекций, является азитромицин, При использовании суспензии амоксициллина (кратность приема 3 раза в сутки) и кларитромицина (двухкратный режим дозирования, горький вкус) требуется более тщательный врачебный контроль за лечением.

Упаковка препарата - редко упоминаемый фактор, влияющий на комплаентность. Однако, в одном из исследований было показано, что до 10% пожилых пациентов испытывали трудности с открытием некоторых упаковок с лекарственными препаратами [52]. В большей степени это касается упаковок в виде боксов с отвинчивающимися крышками (чаще всего, запаянных в полиэтиленовую оболочку), открыть которые зачастую сложно даже молодому человеку.

Яркая цветная, бросающаяся в глаза упаковка, напротив, привлечет внимание пациента и возможно побудит его принять лекарство в соответствующий временной промежуток.

В ряду других действенных методов, улучшающих комплаентность, стоит и использование «узнаваемых» препаратов – брендов. «Сильный» бренд, обладающий хорошей репутацией и подкрепленный позитивным имиджем компании-производителя, улучшает выполнение терапевтического режима. В случае же назначения «незнакомого» пациенту препарат врачу необходимо акцентировать внимание на этом факте и убедить пациента следовать назначенным рекомендациям.

При наличии у больного хронической сопутствующей патологии, требующей дополнительной медикаментозной терапии необходимо сделать выбор в пользу препарата с длительным интервалом дозирования и порекомендовать использовать раскладки для лекарств.

Для достижения оптимальной комплаентности врач должен проинформировать пациента о необходимости назначения антибиотика, разъяснить как, когда и в течение какого времени необходимо принимать препарат, предупредить о возможных нежелательных явлениях терапии. Все указания должны быть простыми, четкими и обя-

зательно сопровождаться письменной версией рекомендаций (по данным ряда исследований, всего через час после посещения врача 60% пациентов не могут «воспроизвести» рекомендации этого самого врача).

Существуют данные о том, что психотерапевтическая помощь в лечении ряда тяжелых длительных инфекций существенно повышает комплаентность больных. Так, показано, что психотерапевтическое вмешательство повышает комплаентность пациентов при противотуберкулёзной терапии и может снижать частоту неэффективности терапии, рецидивов и резистентности микобактерий к противотуберкулёзным химиопрепаратам [53]. Конечно, при «короткоживущих» респираторных инфекциях и российском менталитете рекомендация о необходимости психотерапевтической помощи не имеет какого-либо существенного значения, однако при длительном, осложненном течении, например, внебольничной пневмонии, требующей повторных курсов антибиотикотерапии, консультация госпитального психолога зачастую просто необходима.

Как уже говорилось выше, самая частая ошибка пациентов - неумышленный пропуск единственных доз препарата. Чтобы свести к минимуму данную ошибку следует «привязать» прием препарата к одному из привычных действий пациента. В частности, антибиотик можно принимать во время приема пищи, например, за завтраком, или после чистки зубов [27]. Даже простые напоминания, напечатанные и расположенные в удобном месте, напоминания на сотовом телефоне или персональном компьютере, таймеры, оповещающие о часе приема лекарственного средства и пр., способны значительно улучшить комплаентность [2, 54].

Все большую популярность в последнее время завоевывают различные таймеры, предупреждающие пациента звуковым сигналом о необходимости приема препарата. К их несомненному удобству необходимо отнести возможность программирования времени приема препаратов в течение всего курса терапии (рис. 5).

Рисунок 5. Программируемые таймеры для контроля приема препаратов.

Для пожилых пациентов, получающих постоянную терапию в течение длительного времени очень удобны раскладки для лекарственных средств, позволяющие

заблаговременно разложить препараты по часам приема (рис. 6), в том числе программируемые. Для работающих пациентов очень удобными являются боксы с таймером, извещающем о времени приема препарата (рис. 7).

Рисунок 6. Раскладки для лекарственных средств.

Рисунок 7. Мобильный бокс с таймером и электронный диспенсер для таблеток.

В ряде стран используются целые системы для контроля за комплайнсом пациентов. В частности, больному выдается контейнер для препарата с запрограммированным устройством в крышке. При открытии контейнера устройство посылает сигнал на сервер больницы. Если больной пропустил время приема лекарства, сервер отправит SMS пациенту с напоминанием о необходимости принять препарат. Другое устройство - электронный диспенсер для таблеток (рис. 7), оборудовано функциями Bluetooth и USB и с их помощью при пропуске времени приема препарата самостоятельно посылает сигнал на сотовый телефон или компьютер. Кроме того, на самом устройстве имеется индикатор, который загорается красным цветом.

Литература

1. Pechere J.C., Hughes D., Kardas P., Cornaglia G. Non compliance with antibiotic therapy for acute community infections: a global survey. Int J of Antimicrob Agents 2007; 29: 245-253.

2. Kardas P. Patient compliance with antibiotic treatment for respiratory tract infections. Antimicrob Chemother 2002; 49: 897-903.

3. Insull W. J. The problem of compliance to cholesterol altering therapy. Int Med 1997; 241 (4): 317-25

4. Wandstrat T., Kaplan B. Pharmacoeconomic impact of factors affecting compliance with antibiotic regimens in the treatment of acute otitis media. Pediatric Inf Dis J 1997; 16, 27-9.

5. Horwitz R.I., Horwitz S.M. Adherence to treatment and health outcomes. Arch of Int Med 1993; 153, 1863-8.

6. Urquhart J. Pharmacoeconomic consequences of variable patient compliance with prescribed drug regimens. Pharmacoeconom. 1999;15(3):217-28.

7. Granger B, Swedberg K, Ekman I, et al.; CHARM investigators. Adherence to candesartan and placebo and outcomes in chronic heart failure in the CHARM programme: double-blind, randomised, controlled clinical trial. Lancet. 2005: 10;366(9502):2005-11.

8. Daschner F., Marget W. Treatment of recurrent urinary tract infection in children. II. Compliance of parents and children with antibiotic therapy regimen.

Acta Paediatr Scand. 1975 Jan;64(1):105-8.

9. Charney E., Bynum R., Eldredge D., et al. How well do patients take oral penicillin? A collaborative study in private practice. Pediatr 1967; 40, 188-95.

10. Cockburn J., Reid A. L., Bowman J., Sanson-Fisher, R. Effects of intervention on antibiotic compliance in patients in general practice. Med J of Australia 1987; 147, 324-8.

11. Venuta A, Laudizi L, Beverelli A et al. Azithromycin compared with clarithromycin for the treatment of streptococcal pharyngitis in children. J Int Med Res. 1998 Jun-Jul;26(3):152-8.

12. Drehobl MA, De Salvo MC, Lewis DE, Breen JD. Single-dose azithromycin microspheres vs clarithromycin extended release for the treatment of mild-to-moderate community-acquired pneumonia in adults. Chest. 2005;128(4):2230-7.

13. Agarwal G, Awasthi S, Kabra SK, et al.; ISCAP Study Group. Three day versus five day treatment with amoxicillin for non-severe pneumonia in young children: a multicentre randomised controlled trial. Br Med J. 2004 Apr 3; 328(7443):791.

14. Pakistan Multicentre Amoxycillin Short Course Therapy (MASCOT) pneumonia study group. Clinical efficacy of 3 days versus 5 days of oral amoxicillin for treatment of childhood pneumonia: a multicentre double-blind trial. Lancet. 2002; 14; 360(9336):835-41.

15. Cheung R, Sullens CM, Seal D, et al. The paradox of using a 7 day antibacterial course to treat urinary tract infections in the community. Br J Clin Pharm 1988; 26(4):391-8.

16. Green J., Ray S., Charney E. Recurrence rate of streptococcal pharyngitis related to oral penicillin. J Pediatr 1969; 75(2):292-4.

17. Weis S, Slocum P, Blais F, et al. The effect of directly observed therapy on the rates of drug resistance and relapse in tuberculosis. N Engl J Med. 1994 Apr 28; 330(17):1179-84.

18. Sethi AK, Celentano DD, Gange SJ, Moore RD, Gallant JE. Association between adherence to antiretroviral therapy and human immunodeficiency virus drug resistance. Clin Infect Dis. 2003 Oct 15;37(8):1112-8.

19. Доступно на UPL: http://ru-romir.livejournal.com/105671.html#cutid1

20. Cramer J. A., Scheyer R. D., Mattson R. H. Compliance declines between clinic visits. Arch of Int Med 1990; 150, 1509-10.

21. Cramer J. A. Microelectronic systems for monitoring and enhancing patient compliance with medication regimens. Drugs 1995; 49, 321-7.

22. Polla D. L., Erdman, A. G., Robbins, et al. Microdevices in medicine. Ann Rev of Biomed Engineer 2000; 2, 551-76.

23. Claxton A. J., Cramer, J. & Pierce, C. A systematic review of the association between dose

regimens and medication compliance. ClinTher 2001: 23, 1296-310.

24. Fallab-Stubi C. L., Zellweger J. P., Sauty A. et al. Electronic monitoring of adherence to treat¬ment in the preventive chemotherapy of tuberculosis. Int J of Tuberc and Lung Dis 1998: 2, 525-30.

25. Wahl L. M. & Nowak, M. A. Adherence and drug resistance: predictions for therapy outcome. Proceedings of the Royal Society of London Series Biological Sciences 2000: 267, 835-43.

26. Favre O., Delacretaz, E., Badan, M., et al. Relationship between the prescriber's instructions and compliance with antibiotherapy in outpatients treated for an acute infectious disease. Clin Pharm 1997: 37, 175-8.

27. Urquhart, J. Ascertaining how much compliance is enough with outpatient antibiotic regimens. Postgraduate Med 1992: 68(3), 49-58.

28. Gil V.F., Paya M.A., Asensio M.A., et al. Non-compliance of the treatment with antibiotics in non-severe acute infections. Med Clin 1999: 112, 31-3.

29. Branthwaite A., Pechere J.C. Pan-European survey of patients' attitudes to antibiotics and antibiotic use. Inter Med Resear 1996: 24, 229-38.

30. Greenberg R. N. Overview of patient compliance with medication dosing: a literature review. Clin Ther 1984: 6, 592-9.

31. Sclar D.A., Tartaglione T.A., Fine M.J. Overview of issues related to medical compliance with implications for outpatient management of infectious diseases. Inf Agents and Dis 1994: 3, 266-73.

32. Alvarez M. P., Simon M., Sanchez S., Apaloaza I., Prieto J. Pharmacovigilance study of azithromycin tablets (500 mg) in the treatment of adult patients with respiratory tract infections. Revista Espanola de Quimioter 2000: 13, 297-305.

33. Kardas P., Ratajczyk-Pakalska E. Patient adherence in respiratory tract infections: ceftibuten versus other antibioticsт (PARTICULAR study). Polski Merkuriusz Lekarski 2001: 10, 445-9.

34. Cook R., Zachariah J., Cree F., Harrison H. Efficacy of twice-daily amoxycillin/clavulanate (Augmentin-Duo 400/57) in mild to moderate lower respiratory tract infections in children. British J of Clin Pract 1996: 50, 125-8.

35. Ramalle-Gomara E., Bermejo-Ascorbe R., Alonso Marin R., et al. Compliance with antibiotic treatment in non-hospitalized children. Atencion Primaria 1999: 24, 364-7.

36. Lauvau D., Verbist L. An open, multicenter, comparative study of the efficacy and safety of azithromycin and co-amoxiclav in the treatment of upper and lower respiratory tract infections in children. Pediatr Azithromycin Study Group. Intern Med Research 1997: 25, 285-95.

37. Kardas P. Compliance to antibiotics in out-patients treated for respiratory infections. Pneum Alerg Polska 1999; 67, 398-408.

38. Bergman A., Werner, R. Failure of children to receive penicillin by mouth. New England J of Med 1963: 268, 1334-8.

39. Ellerbeck E., Khallaf N., Ansary K., et al. Caretaker compliance with different antibiotic formula tions for treatment of childhood pneumonia. J of Tropical Pediatr 1995: 41 , 102-8.

40. Tomiki Y., Kanay Y., Danbara T. et al. Survey of outpatient waiting time. Juntendoigaku 2003; 49: 102: 102-7.

41. Kardas P., Devine S., Gollembesky A., Roberts C. A systematic review and meta-analysis of misure of antibiotic therapies in the community. Int J of Antimicrob Ag 2005; 26: 106-113.

42. Augenbraun M., Bachmann L., Wallace T., et al. Compliance with doxycycline therapy in sexually transmitted diseases clinics. Sex Transm Dis 25, 12-3.

43. Garey B., Gryan B. Antibiotic misuse in the community a contributor resistance? I Med J 2003; 96: 43-5.

44. Kardas P. Comparison of patient compliance with once-dayly and twice-daily antibiotic regimens in respiratory tract infections: result of a randomized trial. J Antimicrob Chemother 2007; 59: 531-536.

45. Guay DRP. Short-course antimicrobial therapy of respiratory tract infections. Drugs 2003; 63: 2169-84.

46. Rudd P., Lenert L. Pharmacokinetics as an aid to optimising compliance with medications. Clin Pharmacokinet 1995: 28, 1-6.

47. Ioannidis JP, Contopoulos-Ioannidis DG, Chew P, Lau J. Meta-analysis of randomized controlled trials on the comparative efficacy and safety of azithromycin against other antibiotics for upper respiratory tract infections. J Antimicrob Chemother. 2001 Nov;48(5):677-89.

48. Meyler's Side Effects of Drugs. 13th. Dukes M.N.G. ed. Elsevier Science 1996: 693-744.

49. Pechere J.C., Lacey L. Optimizing economic outcomes in antibiotic therapy of patients with acute bacterial exacerbations of chronic bronchitis. AntimicrobChemother 2000; 45, 19-24.

50. Powers J.L. Properties of azithromycin that enhance the potential for compliance in children with upper respiratory tract infections. Pediat Infect Dis J 1996; 15: Suppl 9: 30-7.

51. Steele R.W., Estrada B., Begue R.E. et al. A double-blind taste comparison of pediatric antibiotic suspensions. Clin Pediatr 1997; 36: 4: 193-9.

52. Nikolaus T., Kruse W., Bach M., Specht-Leible, et al. Elderly patients problems with medication. An in-hospital and follow-up study. Europ J of Clin Pharm 1996: 49, 255-9.

53. Janmeja AK, Das SK, Bhargava R, Chavan BS. Psychotherapy improves compliance with tuberculosis treatment. Respiration 2005; 72(4):375-80.

54. Lima J., Nazarian L., Charney E., Lahti C. Compliance with short-term antimicrobial therapy: some techniques that help. Pediatr 1976: 57, 383-6.

Раздел 11

Приверженность как основа 6П-подхода при патологии эндокринной системы

Под редакцией члена-корреспондента РАН,
профессора В. В. Фадеева

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Калашникова М. Ф., Лиходей Н. В.

Многофакторный подход к лечению, определяющий особенности приверженности лечению при сахарном диабете

Сахарный диабет (СД) является хроническим прогрессирующим заболеванием, характеризующимся высоким риском развития осложнений при неадекватном гликемическом контроле, напрямую влияющий на качество и продолжительность жизни пациентов.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), с 1990 по 2022 гг. количество людей, живущих с диабетом, выросло с 200 миллионов до 830 миллионов человек. По данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат) и Федерального государственного бюджетного учреждения «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения РФ, прирост количества пациентов с СД за период 2009–2023 гг. составил 74,5%; общее количество СД в РФ на 01.01.2024 г. насчитывает 5 547 879 человек, из них подавляющее большинство взрослые с СД 2 типа (СД2) — 5 168 374 и 349 338 — пациенты с СД 1 типа (СД1) [1]. При этом, эксперты считают, что реальное количество людей с диабетом в стране может достигать 10 миллионов человек, так как многие случаи остаются не диагностированными. Основными факторами роста распространенности заболевания являются увеличение числа людей с ожирением, малоподвижный образ жизни, старение населения и изменения в питании. В связи с ожидаемым ростом числа заболевших, важно сосредоточить усилия на профилактике диабета, включая программы по повышению осведомленности, поощрению здорового образа жизни, улучшению доступности диагностики и лечению,

Проблема приверженности лечению при сахарном диабете является одной из ключевых задач в управлении заболеванием. Она охватывает множество аспектов, таких как соблюдение пациентом режима приема лекарственных препаратов, проведение регулярного самоконтроля уровня глюкозы в крови, правильное питание и физические нагрузки. Для достижения поставленных задач пациенты должны находиться под постоянным наблюдением врача эндокринолога, в задачи которого входит не только обучение пациента принципам питания и подбор адекватной сахароснижающей терапии, но и мониторинг основных показателей здоровья пациента с целью профилактики и снижения риска развития и дальнейшего прогрессирования осложнений СД.

Согласно результатам проведенных исследований, показатель приверженности лечению при СД составляет от 30% до 80%, что подчеркивает важность и необходимость проведения различных мероприятий, направленных на улучшение приверженности. Доказано, что высокая приверженность лечению положительно влияет на контроль уровня глюкозы в крови и снижает риск осложнений и в свою очередь, может повысить качество жизни.

В клинических рекомендациях Американской диабетической ассоциации (ADA, 2025 г.) утверждается, что пациентам с СД следует рекомендовать активное участие в соответствующих мероприятиях, направленных на их обучение, чтобы способствовать формированию определенного образа жизни и поведения для решения проблем «ухода за собой» [2]. Для пациентов с СД комплексный «уход за собой» имеет определяющее значение для достижения наилучших результатов лечения, в связи с чем, необходимо их постоянное участие в непрерывном процессе лечения заболевания и активному сотрудничеству с командой здравоохранения. Данный процесс включает выполнение множества сложных действий, включая контроль питания, выполнение регулярных физических упражнений, соблюдение правил ухода за ногами, совершенствование навыков психосоциального совладания (процесса активного преодоления человеком стрессовых ситуаций для адаптации к трудностям), регулярный прием лекарств и самоконтроль гликемии, прохождения регулярного обследования у специалистов. Соблюдение всех этих рекомендаций возможно при внесении существенных изменений в привычный образ жизни пациентов, что требует от них дополнительных усилий [3].

В последние годы был достигнут существенный прогресс в лечении данного заболевания: разработаны и внедрены в практику клинические рекомендации оказания специализированной медицинской помощи больным СД, созданы более эффективные и безопасные группы сахароснижающих препаратов, определены индивидуальные целевые уровни гликемии, артериального давления (АД) и уровня холестерина низкой плотности для разных категорий больных. Однако до сих пор остается целый ряд нерешенных вопросов в организации специализированной помощи, среди которых неспособность больных длительно соблюдать рекомендации по лечению и образу жизни является глобальной медицинской проблемой. В отличие от других хронических заболеваний, СД следует отнести к одному из наиболее сложных заболеваний в плане достижения всех целей лечения, в том числе, не только биохимических маркеров компенсации заболевания, но и таких показателей, как качество жизни, удовлетворенность лечением, приверженность лечению.

В 2023 г. ВОЗ совместно с Международной диабетической федерацией (IDF) в рамках исполнения стратегии, направленной на раннюю диагностику нарушений углеводного обмена и контроль основных патогенетических механизмов, ассоциированных с развитием диабетических осложнений, обозначила ключевые цели, требующие достижения к 2030 г., включающие, помимо прочих, достижение надлежащего контроля гликемии не менее чем у 80% лиц с СД; достижение эффективного контроля АД не менее, чем у 80% лиц с СД; назначение терапии статинами не менее, чем 60% лиц, страдающих СД, в возрасте 40 лет и старше [4].

Данные опубликованного в журнале «Сахарный диабет» в 2025 г. аналитического отчета, выполненного на основании электронной «Базы данных клинико-эпидемиологического мониторинга СД на территории РФ», включившей пациентов с СД1 и СД2 из 87 регионов РФ, состоящих на учете в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (n=5 062 511 на момент выгрузки от 01.07.2024 г.), свидетельствуют о том, что целевой уровень гликированного гемоглобина (HbA_{1c}<7%) достигается лишь у 29% пациентов с СД1 и 42% пациентов с СД2, суммарно у 41% пациентов с СД [5]. Эти показатели значительно уступают заявленной цели (80%). Лучше обстоит дело с достижением эффективного контроля АД: так САД ≤130 мм рт.ст. и ДАД ≤80 мм рт.ст. достигается у 84% пациентов с СД1 и 60% пациентов с СД2, суммарно у 61% пациента с СД. При этом, доля пациентов, получающих статины, в возрасте 40 лет и старше составляет при СД1 - 14,1% пациентов, при СД2 — 15,9% пациентов. Авторы делают вывод, что актуальность проблемы назначения гиполипидемической

терапии и достижения целевых показателей липидного спектра требует повышения активности проведения диспансеризации в общей популяции и совершенствования программ мониторинга у пациентов с СД.

По мнению большинства исследователей, при СД наблюдается неудовлетворительная (низкая) приверженность лечению, что является причиной прогрессирования осложнений (например, сердечно-сосудистых заболеваний, ретинопатии, нейропатии, нефропатии) и приводит к увеличению частоты госпитализаций и к повышению уровня смертности. В ретроспективном когортном исследовании 11 532 пациентов с СД2 было показано, что несоблюдение режима приема сахароснижающих, антигипертензивных и гиполипидемических препаратов было ассоциировано с более высокими уровнями HbA1c, артериального давления и холестерина липопротеинов низкой плотности [6]. При проведении многофакторного анализа было выявлено, что несоблюдение приема лекарств было связано с повышенным риском госпитализации по любой причине (OR 1,58, 95% ДИ 1,38–1,81; p<0,001) и более высокой смертностью по любой причине (OR 1,81, 95% ДИ 1,46–2,33). Недостижение в течение длительного времени оптимального гликемического контроля приводит к развитию и прогрессированию поздних осложнений СД, что еще больше усложняет лечение больных и ухудшает качество жизни, связанное со здоровьем. Все компоненты комплексного терапевтического подхода являются залогом успеха проводимого лечения с позиции доказательной медицины, однако лишь осознанное и мотивированное поведение пациента, а также его высокая степень информированности о важности соблюдения рекомендаций позволяют достичь желаемых результатов лечения.

Существуют различные факторы, которые негативно влияют на приверженность лечению. К наиболее значимым относятся сложность лечения, побочные эффекты и неправильное восприятие преимуществ лечения. Снижение уровня приверженности часто наблюдается у пациентов с полиморбидностью, необходимостью приема множества различных препаратов и необходимость проведения самоконтроля, что в полной мере относится к принципам ведения больных СД [6,7].

В одном из недавно опубликованных мета-анализов 8 исследований (318 125 пациентов) изучалась взаимосвязь между соблюдением режима приема лекарств среди пациентов с СД 2 типа и риском сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), смертности от всех причин и частоты госпитализации [8]. Средний показатель низкой приверженности составил 37,8%. Было продемонстрировано, что высокая приверженность лечению (>80%) по сравнению с низкой была ассоциирована со снижением смертности от всех причин на 38% (RR 0,72, 95% ДИ 0,62–0,82) и снижением частоты госпитализации на 10% (RR 0,90, 95% ДИ 0,87–0,94). При оценке связи между соблюдением режима приема лекарств и полученными результатами у пациентов с СД2 обнаружено, что расходы на неотложную помощь и амбулаторные расходы были значительно ниже для пациентов, соблюдающих режим приема лекарств. Приверженность также была связана со значительным улучшением результатов лечения в острых случаях, измеряемых вероятностью госпитализации (17,65% против 22,71%; p<0,0001), вероятностью посещения отделения неотложной помощи (38,47% против 45,61%; p < 0,0001), количеством госпитализаций (0,27 против 0,40; p < 0,0001), количеством посещений отделения неотложной помощи (0,83 против 1,23; p < 0,0001) и продолжительностью пребывания в больнице (1,25 против 2,16 дней; p < 0,0001).

Далее будут рассмотрены вопросы, касающиеся описания основных методов оценки приверженности, применяемых при СД 1 типа и СД 2 типа в реальной клинической практике.

Методы оценки приверженности лечению при сахарном диабете

Несмотря на наличие большого числа прямых и непрямых методов оценки приверженности при СД, единой общепринятой методики – так называемого «золотого стандарта» до настоящего времени не существует [9]. Из прямых методов (процесс мониторирования приема лекарств пациентов при непосредственном наблюдении со стороны медицинского персонала, исследование концентрации лекарств в биологических жидкостях, дневниковые записи) следует более подробно остановиться на ведении дневника пациента.

Дневник пациента с СД — это важный инструмент для оценки приверженности к лечению и управления заболеванием. Он представляет собой запись, в которой пациент фиксирует свою ежедневную активность, уровень глюкозы, прием медикаментов, питание, физическую активность и другие аспекты, связанные с управлением диабетом.

Дневник позволяет пациенту регулярно записывать результаты измерения уровня глюкозы в крови. Это помогает не только отслеживать колебания сахара, но и выявлять закономерности, связанные с приемом пищи, физической активностью или приемом лекарств. Понимание этих связей способствует более эффективному управлению заболеванием [10]. Кроме того, пациенты могут фиксировать время и дозу приема лекарств, что позволяет определить, насколько регулярно они следуют предписаниям врача. Это особенно полезно для выявления пропусков в лечении и анализа причин того, почему это произошло [11].

Соблюдение рекомендаций по питанию и физической активности является основой соблюдения здорового образа жизни при СД, и является одним из наиболее важных аспектов лечения заболевания. Записи в дневнике пациента о количестве и структуре потребляемых продуктов помогают медицинским работникам оценить, насколько соблюдаются врачебные рекомендации по питанию. Это позволяет выявить ситуации, когда необходимо проводить коррекцию рациона, учитывая колебания уровня глюкозы в ответ на определенные продукты [12].

Регулярная физическая активность может способствовать улучшению чувствительности к инсулину и контролю уровня сахара в крови. С другой стороны, при СД1 интенсивная физическая нагрузка может приводить к значительному снижению уровня сахара в крови. Анализ длительности и интенсивности физической активности в соответствии с дневниковыми записями может помочь врачу и пациенту в коррекции проводимой терапии и проведению профилактических мер по недопущению развития и тяжелой гипогликемии.

Ведение дневника способствует повышению ответственности пациента за свое здоровье. Регулярное фиксирование данных способствует пониманию важности соблюдения режима и может мотивировать больных к более активному участию в своем лечении [13]. Кроме того, дневник предоставляет важную информацию для обсуждения на приемах у врача. Это помогает врачу лучше понять ситуацию пациента, выявить проблемы и отклонения, а также скорректировать план лечения на основе фактических данных. С другой стороны, запись своих успехов и достижений может служить источником дополнительной мотивации для пациента, помогая справляться с эмоциональными трудностями и стрессами, связанными с заболеванием.

Таким образом, ведение дневника пациентом с СД является важным инструментом для оценки приверженности лечению и управления заболеванием. Он помогает не только в мониторинге основных показателей, включающих питание, физиче-

скую активность, уровень гликемии и АД, но и помогает своевременно выявить возникающие проблемы, а также способствует поддержанию активного участия пациента в процессе лечения.

В последние годы в мире стали активно разрабатываться различные **многофункциональные приложения для мобильных телефонов** для отслеживания вышеперечисленных показателей. Выбор подходящего приложения зависит от индивидуальных потребностей пациента и его предпочтений. С помощью современных технологий у пациента появляется возможность быстрого введения данных, возможность проведения анализа данных, возможность их интеграции с глюкометром или с другими устройствами мониторинга глюкозы, напоминания о приеме лекарств, возможность формирования отчетов, а также возможность делиться данными с лечащим врачом. Среди зарубежных приложений наиболее популярными являются MySur, Glucose Buddy, My Diabetes Home, Diabetes:M, OmniPod, Diabetes App [14, 15, 16].

Измерение в крови (моче) биомаркеров относится к непрямым методам оценки приверженности лечению. Так ***гликированный гемоглобин (HbA1c)*** представляет собой один из наиболее важных показателей, использующийся для оценки эффективности проводимой сахароснижающей терапии и отражающий средний уровень глюкозы за последние 2-3 месяца. Если уровень HbA1c остается высоким несмотря на подобранную схему лечения, это может свидетельствовать о недостаточной приверженности лекарственной терапии и рекомендациям по образу жизни. Длительно сохраняющийся высокий уровень HbA1c (>8%) является предиктором высокого риска развития осложнений СД.

Уровень глюкозы в крови также является одним из наиболее важных биомаркеров приверженности, позволяющий оценить краткосрочные результаты лечения. Регулярное мониторирование уровня глюкозы ***с помощью глюкометра*** или ***с использованием системы непрерывного мониторинга глюкозы (НМГ)*** может указывать на достаточно высокую приверженность к режиму лечения. В отличие от оценки HbA1c или измерения уровня сахара в крови с помощью глюкометра, НМГ позволяет осуществлять непосредственное наблюдение за ежедневными профилями глюкозы, что может дать информацию для немедленных клинических решений и/или изменения образа жизни. НМГ также позволяет оценивать вариабельность глюкозы и выявлять закономерности развития гипогликемии и гипергликемии, что крайне актуально для пациентов, находящихся на базис-болюсной инсулинотерапии при СД1 [17].

Ранее мы приводили данные о том, что согласно требованиям ВОЗ, уровень ***HbA1c <7%, достижение целевых показателей АД и уровня ЛПНП*** является наиболее важными маркерами эффективности лечения. Одновременно эти показатели можно рассматривать в качестве биохимических маркеров приверженности. Так назначение врачом гиполипидемической терапии не означает обязательное выполнение этих рекомендаций, о чем свидетельствуют данные аналитического отчета от 2024 г в РФ, показавшие достаточно низкую долю пациентов, получающих статины [5]. Сахарный диабет является независимым фактором риска развития атеросклеротических сосудистых заболеваний и их осложнений – инфаркта миокарда и инсульта. Однако многие пациенты недостаточно осведомлены о важности контроля уровня холестерина и достижения целевого показателя ЛПНП с целью профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

Еще одним важным биохимическим маркером является ***анализ крови на уровень креатинина и анализ мочи на наличие белка***. Появление микро- и макроальбуминурии указывает на ухудшение контроля СД, что требует коррекции проводимой терапии.

В заключении следует отметить, что только регулярное определение перечисленных биохимических маркеров может способствовать предотвращению развития осложнений заболевания путем повышения приверженности лечению и помогает врачу адаптировать схему лечения под изменившиеся параметры.

Анализ данных медицинской документации или медицинской электронной базы данных позволяет оценить частоту посещения специалистов и проведения лечебно-диагностических мероприятий и относится к непрямым методам оценки приверженности лечению.

В 1996 г. в РФ по инициативе президента НМИЦ эндокринологии И.И. Дедова в рамках Федеральной целевой программы (ФЦП) «Сахарный диабет» был создан первый Всероссийский национальный регистр пациентов — Государственный регистр сахарного диабета, а во всех регионах Российской Федерации были основаны «опорные зоны регистра, обеспечившие передачу информации в государственный регистр федерального уровня» (Приказ № 404 от 10 декабря 1996 г. Министерства Здравоохранения Российской Федерации о мерах по реализации ФЦП «Сахарный диабет») [5].

С 2014 г. регистр был переведен в онлайн формат и трансформирован в единую информационно-аналитическую платформу с авторизованным кодом доступа и функцией дистанционной аналитики; зарегистрированную в 2022 г. как «База данных клинико-эпидемиологического мониторинга сахарного диабета на территории РФ» [18]. Данная единая автоматизированная информационно-аналитическая система мониторинга эпидемиологической ситуации в отношении распространённости СД, его осложнений, состояния здоровья больных, качества лечебно-профилактической помощи, а также прогнозирования медицинских, социальных и экономических аспектов заболевания [19]».

С помощью базы данных организаторы здравоохранения могут оценить экономическую целесообразность и соответствие назначаемой терапии в реальной клинической практике существующим клиническим рекомендациям. Согласно опубликованному аналитическому отчету на основании единой системы мониторинга - «Базы данных клинико-эпидемиологического мониторинга СД» на начало 2024 г. в РФ все пациенты с СД1 (100%) и с СД2 на инсулинотерапии обеспечиваются инсулинами в рамках программы государственных гарантий лекарственного обеспечения, из них аналогами инсулина при СД1 — 84,8%, при СД2 — 60,9%, остальные — рекомбинантными инсулинами человека [5]. Средствами самоконтроля (глюкометрами и тест-полосками к ним) обеспечиваются 100% пациентов с СД. С 2023 г. пациенты с СД1 в возрасте до 18 лет обеспечиваются системами непрерывного мониторирования гликемии.

Регистр позволяет отслеживать динамику уровня HbA1c и других биомаркеров для оценки эффективности проводимой сахароснижающей, гипотензивной и гиполипидемической терапии, что может косвенно свидетельствовать о приверженности лечению. Анализ основных демографических показателей (пол, возраст уровень образования, наличие сопутствующих заболеваний и осложнений), проводимый на популяционном уровне, позволяет выделить наиболее значимые факторы, которые улучшают или ухудшают приверженность лечению, что может помочь в разработке персонализированных подходов к лечению [5].

С помощью регистра возможно проведение оценки эффективности различных программ по улучшению приверженности лечению, включая образовательные программы («Школы для лиц с сахарным диабетом»), дистанционное мониторирование, поддержка сообществ. Кроме того, данные аналитических отчетов позволяют орга-

низаторам здравоохранения планировать и оптимизировать ресурсы на организацию поддержки пациентов с СД и организовывать программы, направленные на повышение качества жизни пациентов.

И наконец, следует отметить, что данные регистра пациентов с СД лежат в основе научных исследований и публикаций, направленных на изучение приверженности лечению и ее влияния на клинические исходы.

В качестве примера зарубежных исследований приведем работу Kirkman M.S. и соавт. [20]. На основании регистровой базы данных страховой компании Medco Health Solutions (США) были проанализированы основные факторы, оказывающие влияние на приверженность лечению при СД. В исследуемую когорту было включено 218 384 взрослых пациентов с СД2. Среди пациентов, получающих неинсулиновые сахароснижающие препараты, с более высокой приверженностью лечению были связаны несколько демографических и клинических факторов, включая пожилой возраст, мужской пол, более высокий уровень образования, более высокий доход и наличие сопутствующих хронических заболеваний. Пациенты с небольшим стажем заболевания имели более низкую приверженность лечению. Еще одним фактором, независимым от социально-демографических показателей, и определяющим более высокий уровень приверженности было наличие специализация по эндокринологии у лечащего врача: пациенты, получавшие рекомендации по лечению учреждениях первичной медицинской помощи имели более низкие показатели приверженности. Таким образом, авторы делают вывод, что чем больше пациент ощущает себя «здоровым» (он моложе, плохо знаком с терапией диабета и принимает мало других лекарств), тем более низкой будет его приверженность лечению в плане приема противодиабетических препаратов. На самом деле, таким пациентам может потребоваться дополнительная поддержка, чтобы помочь им преодолеть препятствия на пути к приверженности, одним из которых может быть принятие реальности наличия хронического заболевания.

Утверждение о том, что непонимание серьезности заболевания и непринятие болезни среди пациентов с недавно установленным диагнозом СД является основным фактором, определяющим более низкую приверженность лечению, является серьезным вызовом для врачей. По данным исследования Khan R. И соавт. среди пациентов с СД, гипертензией и дислипидемией, от 4 до 31% никогда не начинают назначенное лечение; из тех, кто начал лечение в дебюте заболевания; только 50–70% принимают свои лекарства регулярно, и менее половины этих пациентов продолжают принимать свои лекарства в течение двух лет после первоначального назначения [21].

Анкетирование пациентов с сахарным диабетом для оценки приверженности

Среди существующих непрямых методов оценки приверженности наиболее распространенным и широко применимым в реальной клинической практике методом, является оценка приверженности с помощью специально разработанных опросников.

Анализ результатов, полученных в ходе проведения опроса лиц с СД, позволяет получить более полную информацию о применении новых лекарственных препаратов, выяснить нужды и потребности больных, обосновать включение психосоциаль-

ных методов поддержки пациентов в условиях типичной практики лечения и разработать ориентированные на пациента стандарты оценки эффективности внедряемых инновационных медицинских технологий.

При проведении наблюдательных клинико-эпидемиологических исследований для выявления психосоциальных и поведенческих особенностей жизни людей с СД обычно используют одновременно несколько различных диагностических шкал, так называемую «батарею тестов» — серию опросников, каждый из которых определяет область специфических проблем. Оценка различных аспектов медицинской помощи пациентом является важным показателем его общего состояния, независимым прогностическим фактором и инструментом для выбора дальнейшей тактики лечения.

Диагностические шкалы (опросники), или принятый в зарубежной литературе термин «Инструменты оценки пациентами проводимого лечения» (*Patient-Reported Outcomes Measures)* относятся к методам самоотчета и являются наиболее распространенными методами, поскольку они недороги, просты и быстры в применении. Отвечая на вопросы, пациенты оценивают и сообщают о своей приверженности за определенный период времени (например, за предыдущие две – три недели) [9].

Диагностические шкалы разрабатываются на основе теории тестирования. Затем в ходе исследований определяются их психометрические и клинико-метрические свойства, к которым относят:

- *валидность* (от англ. *validity* — достоверность, происходит от лат. *validus* — сильный) — означает соответствие проведенного измерения запланированному, т. е. валидность показывает, в какой степени шкала измеряет именно то, для измерения чего она создавалась; применительно к исследованиям, посвященным диагностике и лечению, результат можно считать достоверным, если он не подвержен влиянию систематических ошибок;

- *надежность* (от англ. *reliability*) — определяет воспроизводимость результатов тестирования, их точность и определяется как вероятность того, что при повторных измерениях будет получен тот же результат при условии равенства других параметров;

- *чувствительность* (от англ. — *responsiveness*) — способность отражать происходящие изменения, погрешность результата измерения — отклонение результата измерения от истинного (действительного) значения измеряемой величины.

Для оценки приверженности лечению при СД могут применяться как общие, так и специфические шкалы. При выборе того или иного опросника необходимо следовать определенным рекомендациям. Выбор опросника должен зависеть от целей проводимого исследования и особенностей пациента и его заболевания (есть опросники, специально разработанные для пациентов с СД1 и с СД2) [22]. Опросники следует применять периодически для мониторинга изменений показателя приверженности лечения. Врачу следует обсуждать вместе с пациентом полученные результаты проведенного опроса. Это помогает выявить основные проблемы и разработать план действий. Кроме того, врачу стоит также принимать в расчет данные ряда биохимических маркеров, таких как HbA1c, позволяющих соотнести полученный результат оценки приверженности пациента по данным его самоотчета с объективными клиническими показателями. Таким образом, индивидуальный подход, регулярное использование опросников и обязательная обратная связь позволяют использовать метод анкетирования в качестве эффективного инструмента управления СД.

Рассмотрим наиболее популярные и широко используемые общие и специфические (разработанные специально для пациентов с СД) опросники оценки приверженности при СД.

Общие опросники оценки приверженности лечению при сахарном диабете

К наиболее популярным общим (неспецифическим) опросникам, используемым для оценки приверженности лечению у пациентов с СД, особенно в части приёма лекарств, относятся: Шкала приверженности к медикаментозному лечению Мориски-Грина *(MMAS)*, Краткий опросник по медикаментозной терапии *(BMQ)* и Визуальная аналоговая шкала *(VAS).* У каждого из этих опросников есть свои преимущества и недостатки. Так, например, *MMAS* широко используется, но требует лицензии, а *VAS* прост в использовании, но оценка может быть достаточно субъективна. Эти инструменты универсальны и применяются не только для оценки приверженности при СД, но и при других хронических заболеваниях.

Шкала приверженности к медикаментозному лечению Мориски–Грина (MMAS). За годы, прошедшие с ее разработки, данная шкала завоевала наибольшую популярность среди исследователей. *MMAS* была разработана профессором Дональдом Мориски и существует в двух основных версиях: *MMAS-4* (4 вопроса) и *MMAS-8* (8 вопросов) [23]. Она фокусируется на поведении, связанном с приёмом лекарств, включая забывание и намеренный пропуск приема лекарств. Она проста в применении, подходит для различных хронических заболеваний, включая диабет, и может быть самоотчётной, что делает её удобной для клинических и исследовательских целей. Основной недостаток данного опросника - фокус только на медикаментозной приверженности, что ограничивает её применение для оценки других аспектов, таких как диета или физическая активность пациентов с СД. Также возможны ошибки, связанные со снижением памяти пациента. Ранее считалось, что данный опросник обладает высокой валидностью и надёжностью. Тем не менее, результаты ряда исследований не подтверждают высокие показатели чувствительности, специфичности и надежности MMAS, заявленные авторами теста. Так, по данным Sakthong P. показатели чувствительности и отрицательной прогностической способности MMAS-8 (8 вопросов) у пациентов с СД2 составляют всего 51% и 43%, соответственно [24]. Неудовлетворительные показатели внутренней согласованности и ретестовой устойчивости (показатели надежности теста) MMAS-8 подтверждаются и результатами других работ [25]. Кроме того, ее применение связано с необходимостью обязательной покупки достаточно дорогой лицензии у разработчиков и строго контролируется юридической компанией, что может быть барьером для некоторых исследователей. Были отмечены попытки авторов теста повлиять на публикацию не только оригинальных статей, в которых использовалась шкала Мориски, но и независимых систематических обзоров с метаанализом исследований, в которых приверженность определялась с помощью MMAS-8, особенно при наличии отрицательных результатов в отношении характеристик (чувствительность, специфичность, надежность, валидность) данной шкалы. Эти факты вызвали крайнее неодобрение мирового научного сообщества и последовавшую неофициальную рекомендацию исследователям для диагностики приверженности отдавать предпочтение другим опросникам [26,27].

Краткий опросник по медикаментозной терапии (BMQ – ***Brief Medication Questionnaire):*** BMQ состоит из 9 вопросов, разделённых на три домена: режим приёма лекарств (5 вопросов), убеждения пациента (2 вопроса) и запоминание (2 вопроса) [28]. Он помогает не только измерить степень приверженности, но и выявить барьеры, такие как сомнения в эффективности лечения или возможные трудности с запоминанием. Достоинством данного опросника является комплексный подход, возмож-

ность выявления барьеров приверженности. Он предоставляется бесплатно, что делает его доступным для широкого использования специалистами. Несмотря на это, данный опросник остается не слишком популярным среди исследователей. К недостаткам данного опросника следует его фокусирование на медикаментозной приверженности, что ограничивает его применение для оценки других аспектов, таких как диета, физическая активность или самоконтроль глюкозы.

Опросник ***MARS (Medication Adherence Report Scale)*** был разработан в двух версиях: из 5 и из 10 пунктов [29]. Методика лаконична и удобна в использовании, а кроме того, может применяться при оценке приверженности у людей с психическими расстройствами. Благодаря перечисленным преимуществам опросник стал весьма популярным и был переведен на несколько языков, однако практика показывает, что MARS также имеет спорные показатели валидности при применении его на людях с различными хроническими заболеваниями.

Визуальная аналоговая шкала (VAS). VAS - представляет собой градуированную шкалу в виде линейки длиной 10 см с делениями от 0 до 100, где 0 - «не принимал лекарства» (0%) и 100 - «принимал все лекарства» (100%). Пациент отмечает точку, отвечая на вопрос, насколько хорошо он следует лечению, отражающую его уровень приверженности. Это простой инструмент, который может использоваться для оценки не только медикаментозной, но и общей приверженности. Простота и быстрота использования делают VAS удобным инструментом для использования в клинической практике, инструмент требует минимальных ресурсов, меньше подвержен искажениям, связанным с ответами на основе воспоминаний. В исследовании было показано, что VAS даёт оценки, близкие к объективным методам, таким как подсчёт таблеток [30]. Однако данная шкала и ее интерпретация достаточно субъективны и не позволяют оценить различные аспекты приверженности при СД.

Российскими исследователями также был предложен ряд опросников для диагностики приверженности для русскоязычных пользователей.

Российский опросник для количественной оценки приверженности лечению (КОП-25), разработанный Николаевым Н.А. и Скирденко Ю.П. демонстрирует высокие показатели надежности (94%), чувствительности (93%) и специфичности (78%) и оценивает 4 типа приверженности: к лекарствам, к изменению образа жизни, к медицинскому сопровождению и к лечению в целом. В 2017 г. КОП-25 был признан и одобрен консенсусом Российского научного медицинского общества терапевтов [31]. КОП-25 включает в себя 25 вопросов. Для опросника предусмотрены 3 типа ответов, составленных по подобию рейтинговой шкалы Ликерта: 1) в зависимости от важности утверждения для респондента: от «совсем не важно» до «очень важно» 2) в зависимости от сложности выполнения указанных мероприятий: от «очень сложно» до «совершенно не сложно» 3) в зависимости от намерения пациента следовать описанным рекомендациям: от «ни за что не буду» до «обязательно буду», соответственно. Однако, несмотря на все преимущества, ряд авторов отмечает, что данный опросник является относительно затратным по времени его заполнения, а также достаточно трудоемким для использования в условиях реальной клинической практики (например, во время амбулаторного поликлинического приема) ввиду особенностей обработки результатов [32].

Среди русскоязычных опросников также следует выделить краткий российский ***Опросник приверженности терапии.*** Данная шкала включает 4 вопроса об особенностях поведенческой реакции пациента в отношении приема лекарств по аналогии со шкалой Мориски [33]. На каждое утверждение предлагается 4 варианта ответа. Опросник полуколичественный, варианты ответов оцениваются от 0 до 3 баллов, что соответствует разным степеням приверженности лечению: очень высокой, высокой, средней и низкой. Таким образом, опросник направлен, главным образом на диагностику общей приверженности к лекарственной терапии. Данный тест был разработан для пациентов с артериальной гипертензией и был валидизирован с помощью сравнительного анализа с результатами MMAS-4 [34].

Учитывая тот негативный вклад, который оказывает проблема недостаточной приверженности на результат лечения, особенно среди больных, страдающих хроническими заболеваниями, необходимы дальнейшие исследования с целью поиска и более широкого внедрения в клиническую практику оптимальной диагностической шкалы, отвечающей требованиям высокой надежности, чувствительности и специфичности [33].

Для использования зарубежных опросников в клинической практике необходимо проведение процедуры валидизации и культурной адаптации. *Валидизация и культурная адаптация* — это важные процессы, которые обеспечивают корректность и уместность инструментов (например, тестов, анкет) в разных культурных контекстах [9].

Для *проведения процедуры валидизации* на первом этапе уточняется, для чего будет использоваться инструмент и какие гипотезы проверяются. Далее проводится тестирование на выборке: выбранный опросник тестируется на целевой популяции, чтобы убедиться, что он измеряет то, что должен. Для анализа данных используются статистические методы для проверки надежности и валидности инструмента.

Процедура культурной адаптации опросника должна проводиться в соответствии с протоколом, разработанным ISPOR в 2005 г. [34]. Для проведения культурной адаптации: опросник переводится на целевой язык с учетом культурных нюансов. Вначале проводится прямой перевод с языка автора опросника несколькими профессиональными переводчиками. Затем команда врачей-эндокринологов и переводчиков принимает объединенную версию, затем производится обратный перевод объединенной версии на оригинальный язык опросника профессиональным переводчиком. Далее сопоставляется перевод и оригинальный текст командой врачей-специалистов и проводится согласование и коллективная оценка перевода, доработка, вычитка, принятие заключительной объединенной версии перевода.

Учитываются местные традиции, нормы и обычаи, которые могут повлиять на восприятие вопросов. Далее проводится пилотное тестирование: диагностическая шкала тестируется на небольшой выборке целевой аудитории для выявления потенциальных проблем. В окончательной версии происходит сбор отзывов от участников для дальнейшей доработки (обратная связь). На завершающем этапе текст обратного перевода должен быть согласован и утвержден автором оригинального опросника.

Оба процесса требуют междисциплинарного подхода, включая психологию, лингвистику и культурные исследования.

Валидизация и культурная адаптация в России «Опросника приверженности лечению (*MAS-12)»* среди пациентов с СД 1 и СД 2

В 2024 г. Епишин В.Е. и соавт. провели валидизацию общего опросника Шкалы приверженности лечению ***(12-item Medication Adherence Scale)*** на русскоязычной

выборке пациентов с СД1 и СД2 [35]. Данная диагностическая шкала была разработана Haruka Ueno в 2009 г. в объеме 14 вопросов и затем модифицирована автором до 12 вопросов в 2018 г. [36]. Опросник акцентирует внимание не только на соблюдении режима приема лекарственных препаратов, но и на психосоциальных факторах, включая оценку взаимопонимания между врачом и пациентом, понимания и принятия пациентом возможных побочных эффектов проводимой терапии и необходимости изменения образа жизни при СД.

Оригинальный опросник включает 4 субшкалы, состоящие из трех вопросов каждая: 1) соблюдение режима приема лекарственных препаратов, 2) сотрудничество с медицинскими работниками, 3) готовность получать и использовать информацию о лекарствах и 4) согласие принимать лекарства в соответствии с режимом и корректировать образ жизни. Каждая из шкал позволяет оценить соответствующий аспект приверженности лечению, а общий балл по 4 шкалам отражает уровень приверженности в целом. Каждый вопрос оценивается по 5-балльной шкале Лайкерта с вариантами ответов от 1 (никогда) до 5 (всегда). Баллы по пунктам каждой подшкалы суммируются для получения балла подшкалы, а общий балл приверженности лечению рассчитывается путем сложения всех 12 пунктов. По вопросам 3 и 12 баллы рассчитываются обратно. Более высокие баллы указывают на более высокую степень приверженности лечению. Первоначальный вариант опросника был признан в качестве показателя приверженности лечению при хронических заболеваниях (сердечно-сосудистых заболеваний, СД) в Японии.

В ходе исследования проведена языковая, культурная адаптация и оценка психометрических свойств русскоязычной версии опросника *12-item Medication Adherence Scale (MAS-12)* среди пациентов, страдающих СД1 и СД2. Обследованы 198 пациентов с СД1 и СД2, самостоятельно заполнившие опросник *MAS-12* на русском языке. В качестве внешнего критерия для оценки конвергентной валидности использовалась методика КОП-25 - Российский опросник для количественной оценки приверженности лечению (КОП-25). Надежность опросника *MAS-12* оценивалась с помощью коэффициента внутренней согласованности Кронбаха и повторного тестирования участников спустя 1-4 месяца.

Для проверки факторной структуры опросника оценки приверженности медикаментозному лечению «*12-item Medication Adherence Scale*» использовалась процедура подтверждающего факторного анализа. Исходная модель, включающая все 12 утверждений, четыре фактора первого порядка и один фактор второго порядка не продемонстрировала удовлетворительных показателей пригодности. После исключения из модели двух экзогенных переменных (пунктов опросника, для которых рассчитанные параметры структурной модели не давали статистически значимого вклада), показатели пригодности достигли требуемых значений.

С целью оценки ретестовой надежности методики был проведен второй этап исследования, в котором приняли участие 101 респондент из исходной выборки. В среднем между этапами проходило 2 месяца (интервал варьировался от 1 до 4 месяцев)

Описанная шкала является валидным и надежным инструментом для оценки приверженности лечению среди больных с СД1 и СД2 и может быть рекомендована к применению в клинической практике, в том числе для мониторинга приверженности лечению.

Шкалу могут использовать как пациенты самостоятельно для проверки соответствия выполнения данных им врачебных рекомендаций проводимому образу жизни и приему лекарственных препаратов, так и медицинские работники для лучшего по-

нимания степени приверженности пациентов лечению. Помимо этого, эта шкала позволяет сравнивать приверженность лечению на разных этапах терапии с течением времени, а также облегчать оценку проведенной коррекции лечения. Предполагается, что данная относительно новая диагностическая шкала поможет людям с хроническими заболеваниями более эффективно контролировать свое лечение, а также улучшить качество жизни и долгосрочные результаты для здоровья. Возможно, в будущем эта шкала будет полезна не только в научных исследованиях, но и на практике в качестве удобного показателя оценки приверженности к лечению пациентов с различными хроническими заболеваниями.

Русскоязычная версия опросника оценки приверженности медикаментозному лечению *(12-item Medical Adherence Scale)* воспроизводит факторную структуру оригинального опросника, однако два вопроса из оригинальной шкалы не продемонстрировали статистически значимого вклада в третью и четвертую субшкалы опросника. Их исключение существенно улучшило показатели пригодности итоговой модели (CFI=0,983, RMSEA=0,049, TLI=0,968). Эти показатели свидетельствуют о хорошем соответствии эмпирических данных теоретической модели и позволяют сделать вывод об инвариантности факторной структуры оригинальной методики. Таким образом, на русскоязычной выборке рекомендуется использование опросника оценки приверженности медикаментозному лечению, состоящей из 10-ти вопросов.

Анализ корреляций по девятому вопросу («Я самостоятельно ищу и собираю необходимую мне информацию о моих лекарствах») показал наличие значимых отрицательных взаимосвязей с четвертым (r=-0,185, p=0,009) и шестым (r=-0,219, p=0,002) пунктами, относящимися ко второй субшкале («Сотрудничество с медицинскими работниками»), что говорит о том, что во многих случаях самостоятельный поиск информации о лекарствах связан с недоверием лечащему врачу, или нарушением коммуникации с ним. Соответственно для российской выборки стремление и/или необходимость самостоятельно изучать информацию о принимаемых лекарствах может быть связано со снижением приверженности, в отличие от азиатской выборки, на которой апробировался оригинальный опросник. Возможно, чтобы нивелировать в российской популяции влияние фактора недоверия лечащему врачу при ответе на девятый вопрос, его лучше переформулировать. Изучение результатов при скорректированной формулировке является задачей дальнейших исследований.

Для двенадцатого вопроса («Меня иногда раздражает то, что я должен продолжать принимать лекарства каждый день») были выявлены слабые, хотя и статистически значимые, положительные коэффициенты корреляции с четвертым (r=0,213, p=0,003) и пятым (r=0,192, p=0,007) пунктами опросника, а также отрицательная корреляция (r=-0,234, p=0,001) с девятым пунктом. То есть, повышение приверженности в части сотрудничества с медицинским персоналом связано с несколько большей частотой негативных переживаний по поводу необходимости приема лекарственных препаратов, а активный самостоятельный поиск информации о лекарствах – напротив, ассоциируется со снижением негативных переживаний по поводу необходимости их приема. Здесь, по мнению, опять же наблюдается характерное для российской выборки в сравнении японскими пациентами, недоверие к медицинскому персоналу и системе здравоохранения в целом.

Внутренняя согласованность шкал адаптируемой методики, оцененная с помощью коэффициента альфа Кронбаха продемонстрировала достаточный уровень внутренней согласованности по шкале в целом (0,766) и разный уровень надежности для отдельных субшкал (от 0,522 для субшкалы «Готовность получать и использовать информацию о лекарствах» до 0,857 для субшкалы «Сотрудничество с медицинскими работниками»).

Оценка конвергентной валидности с помощью корреляционного анализа между шкалами адаптируемой методики и опросника КОП-25 продемонстрировала значимые корреляции между большинством субшкал данных методик. Наиболее тесно связаны оказались субшкалы «готовность к лекарственной терапии» и «приверженность к лекарственной терапии» опросника КОП-25, а также общий показатель по этой методике с общим показателем приверженности лечению по адаптируемой методике.

Оценка ретестовой надежности показала значимые корреляции по всем субшкалам опросника и по общему баллу, находящиеся в диапазоне от 0,426 до 0,630 ($p<0,01$). Такие показатели обычно не рассматриваются как достаточные, однако стоит учесть тот факт, что приверженность лечению не выступает, как устойчивое личностное свойство и может меняться с течением времени под влиянием различных факторов. Данные проведенного исследования были обсуждены с автором опросника «*12-item Medical Adherence Scale*» Haruka Ueno. Было получено одобрение автора и его коллег на модификацию оригинального опросника до 10 вопросов с условием использования данной шкалы только на территории России. Итоговая шкала, таким образом, включает 10 вопросов (Рис.1).

Специфические опросники оценки приверженности при сахарном диабете

На протяжении последних 2-х десятилетий во многих странах проводились исследования с целью разработки и валидизации специфических опросников для оценки приверженности лечению пациентов с СД. На данный момент в мире существует более 40 валидизированных специфических опросников и шкал, разносторонне оценивающих приверженность при СД 1 и СД2.

В последние годы было опубликовано несколько систематических обзоров и мета-анализов исследований, посвященных методу оценки приверженности при СД с помощью опросников.

В обзоре Clifford, S. за период с 2007 по 2013 гг. проведена оценка 59 исследований. Описано три новых подхода для оценки приверженности (с использованием оценки в реальном времени с мобильного телефона, компьютерных журналов и анкеты о различных нарушениях дозировки) [37].

Chan, SJ & Yeo, Hui Yee. провели поиск в Medline/PubMed с 2000 г. по 2018 гг. [38]. В окончательный анализ было включено 545 исследований по оценке приверженности у пациентов с СД. Объективные измерения использовались в 52,2% этих исследований (оценка коэффициентов наличия препаратов у пациентов (MPR) (17,7%), доля дней приема препаратов (PDC) (12,6%), запись аптечных претензий/повторных выписок (3,4%), система мониторинга приема лекарств (MEMS) (3,1%) и другие). Субъективные измерения (сообщенные наблюдателем или пациентом) использовались в 44,4% исследований, которые включали 8-пунктовую шкалу соблюдения приема лекарств Мориски (MMAS-8) (13,0%), 4-пунктовую шкалу соблюдения приема лекарств Мориски (MMAS-4) (8,9%), оценку шкалы изучению различных аспектов поведения пациента, связанного с СД (SDSCA) (2,4%) и другие шкалы. Однако выводом большинства исследований является отсутствие стандартизации при оценке приверженности при СД.

В систематическом обзоре Aji Wibowo и соавт. проведен анализ исследований приверженности с применением различных опросников у пациентов с СД2 (81,3%), проживающих в Азии (69,7%) и Америке (18,2%), находящихся в стационаре (54,5%), с длительностью заболевания от 1 до 6 месяцев (54,5%), опубликованных с 2009 по

2019 гг. [39]. Клинические данные HbA1c (57,6%) использовались в большинстве исследований в качестве биологических маркеров приверженности. Была представлена информация о частоте применения различных шкалах самооценки, используемых в исследованиях, посвященных анализу приверженности лечению диабета: MMAS-8 (57,5%), MMAS-4 (12,1%), BMQ (9%), MCQ (6%), ARMS (3%), ARMS-D (3%), GMAS (3%), LMAS-14 (3%) и MARS-5 (3%).

Этот опросник посвящен анализу приема лекарств, назначенных Вам в настоящее время. Если не указано иное, пожалуйста, основывайте свой ответ на своем опыте за последние шесть месяцев или около того. Если Вы страдаете несколькими заболеваниями, Ваш ответ должен отражать прием всех ваших лекарств.

1. В течение последних трех недель я принимал назначенную суточную дозу лекарства.	никогда 1	редко 2	иногда 3	часто 4	всегда 5
2. За последние три недели я следовал инструкциям касательного того, когда и как часто принимать мои лекарства.	никогда 1	редко 2	иногда 3	часто 4	всегда 5
3. Я прекратил прием лекарств по своему усмотрению (не считая тех раз, когда я забывал принять лекарство).	никогда 1	редко 2	иногда 3	часто 4	всегда 5
4. Я чувствую себя комфортно, спрашивая моего лечащего врача о моих лекарствах.	никогда 1	редко 2	иногда 3	часто 4	всегда 5
5. Мой лечащий врач относится с пониманием, когда я говорю ему / ей о своих предпочтениях в приеме лекарств.	никогда 1	редко 2	иногда 3	часто 4	всегда 5
6. Мой врач понимает, когда я объясняю ему/ей мою прошлую терапию, включая предыдущие аллергические реакции.	никогда 1	редко 2	иногда 3	часто 4	всегда 5
7. Я понимаю как основные, так и побочные эффекты моих лекарств.	никогда 1	редко 2	иногда 3	часто 4	всегда 5
8. Я сообщаю о побочных эффектах, аллергических реакциях или необычных симптомах, вызванных приемом лекарств.	никогда 1	редко 2	иногда 3	часто 4	всегда 5
9. Я согласен, что для лечения моего заболевания, необходимо принимать лекарства в соответствии с назначением.	никогда 1	редко 2	иногда 3	часто 4	всегда 5
10. Прием лекарств - это часть моей повседневной жизни, как еда или чистка зубов.	никогда 1	редко 2	иногда 3	часто 4	всегда 5

Примечание. * В этом опроснике термин «лекарства» относится к лекарствам, принимаемым: перорально, в виде инъекций (например, инсулин), мазей, медицинских пластырей и ингаляторов. (Для каждого вопроса, пожалуйста, обведите кружком один наиболее подходящий для Вас ответ).

Рисунок 1. Шкала Опросника приверженности лечению MAS-12 (10 вопросов).

Учитывая, что наиболее популярным опросником являлся MMAS-8, авторы отдельно изучили основные показатели его психометрические тесты. В восьми различных популяциях пациентов с СД опросник MMAS-8 имеет приемлемую внутреннюю согласованность, отличную надежность повторного тестирования. Однако он показал

умеренную чувствительность и специфичность при использовании у пациентов с СД, а также для его использования у пациентов с диабетом необходимы доказательства адекватного психометрического тестирования.

В систематический обзор и мета-анализ, выполненный Oliveira H.C. и соавт., было включено 110 исследований, охватывающих 27 различных опросников, оценивающих приверженность лечению у пациентов с СД и сердечно-сосудистыми заболеваниями за период с 1986 по 2023 гг., большинство из которых были проведены в США и опубликованы на английском языке [40]. По мнению авторов, ни один из рассмотренных опросников не достиг критериев категории «А», т.е. результатам, полученным в ходе исследований, которым можно доверять, и опросник может быть рекомендован к использованию. Опросники, которые не следует рекомендовать к использованию (категория «С»), — это *MTA, GMAS, DMAS-7, MALMAS, ARMS-D.* Остальные опросники, например, *MMAS-8, SMAQ, MEDS, MNPS, ARMS-12, MGT, MTA-OA, MTA-Insulin, LMAS-14, MARS-5, A-14, ARMS-10, IADMAS, MAQ, MMAS-5, ProMAS, ARMS-7,* 3-пунктовый опросник, AS, 12-пунктовый опросник и *Mascard,* были рассмотрены как имеющие потенциал для рекомендации к использованию (категория «В»). Ни один из оцененных опросников не может считаться надежным и рекомендованным для использования у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и/или СД2. Однако еще 21 опросник имеет потенциал быть рекомендованным для использования, но нуждается в дополнительных исследованиях для обеспечения их качества.

Таким образом, подводя итог, следует отметить, что до настоящего времени не существует «*золотого стандарта*» для оценки/измерения приверженности лечению у пациентов с диабетом. Обилие методов оценки приверженности исключает сравнение показателей приверженности в разных исследованиях. Исследователи должны самостоятельно выбрать методологию, которая наилучшим образом соответствует их исследовательской цели, дизайну исследования, популяции пациентов и ресурсам [41]. Поэтому необходимо приложить больше усилий для разработки золотого стандарта с хорошей чувствительностью и специфичностью для измерения приверженности лечению при СД.

Батарея тестов как инструмент оценки качества жизни, приверженности лечению и удовлетворенности лечением

При проведении наблюдательных клинико-эпидемиологических исследований для выявления психосоциальных и поведенческих особенностей жизни людей с СД обычно используют одновременно несколько различных диагностических шкал, так называемую «батарею тестов» — серию опросников, каждый из которых определяет область специфических проблем. Оценка различных аспектов медицинской помощи пациентом является важным показателем его общего состояния, независимым прогностическим фактором и инструментом для выбора дальнейшей тактики лечения [9].

Для всесторонней оценки эффективности лечения пациентов с СД используются разнообразные опросники для оценки качества жизни (КЖ), психологических и социальных факторов, связанных с диабетом и его лечением, общего и эмоционального благополучия при СД, страха гипогликемии, эмоционального дистресса. Целевые опросники позволяют установить дополнительные преимущества альтернативного метода лечения или способа введения лекарственного препарата и выявить различия в альтернативных подходах к лечению [43]. Опросники по оценке КЖ включают

исследование в трех основных сферах функционирования человека: физической, психологической и социальной. Опросники по изучению удовлетворенности пациентов лечением используются для оценки качества оказания диабетологической помощи с целью разработки современных стратегий по ее усовершенствованию.

Опросники по оценке приверженности лечению и выявлению факторов, препятствующих ее соблюдению, рассмотренные в предыдущей главе, применяются для оценки показателя приверженности терапии и выявления психосоматических проблем, уровня знаний и сложностей, связанных с выполнением рекомендаций по образу жизни.

В качестве иллюстрации применения батареи тестов можно привести результаты многоцентрового одномоментного поперечного наблюдательного эпидемиологического исследования по изучению типичной клинической практики оказания медицинской помощи при СД2 (ФОРСАЙТ-СД), проведенного Калашниковой М.Ф. в 2014 г. в различных по численности населения городах России [44]. В его ходе были определены социально-демографические характеристики пациентов, страдающих СД2, основные эпидемиологические характеристики заболевания, объем проводимых лечебно-диагностических мероприятий в условиях амбулаторно-поликлинической практики.

В задачи исследования входила оценка качества жизни, удовлетворенности лечению и приверженности лечению среди пациентов с СД2, а также анализ факторов, препятствующих соблюдению пациентами врачебных рекомендаций [45].

В исследование включали людей, страдающих СД2 не менее 1 года, достигших 18-летнего возраста, обратившихся на прием к врачу-эндокринологу в поликлинику, диагностический или консультативный центр, диспансер и другие медицинские учреждения Российской Федерации. В окончательный анализ были включены данные 2014 пациентов с СД2 из 45 городов, имеющих раз личное географическое положение и представляющих 20 субъектов страны. Доля мужчин составила 32%, женщин – 68%. Медиана возраста пациентов равна 60 [54; 75] лет (диапазон от 18 до 90 лет). Наибольшее количество пациентов исследуемой когорты (63%) относились к средней возрастной категории: от 45 до 64 лет. Доля людей старшего возраста (> 65 лет) составила 30,3%, молодого (<45 лет) – 6,7%.

Анализ качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем, проведен с использованием ***неспециализированного Европейского опросника оценки качества жизни (Euro Quality of Life – EQ-5D).*** Русская версия опросника валидизирована в России в 2007 г. [46] и зарегистрирована Международным обществом по исследованию качества жизни. Опросник состоит из двух частей: 1-я часть представляет 5 разделов, которые позволяют описать проблемы, связанные со способностью к передвижению, способностью ухода за собой, способностью осуществлять повседневную деятельность, определить наличие боли/дискомфорта; тревожности/депрессии; 2-я часть опросника EQ-5D представляет собой Визуальную аналоговую шкалу (ВАШ). Также данный опросник используется в клинико-экономических исследованиях для определения индекса полезности *(QALY).*

Анализ оценки негативных проявлений самочувствия по 5 шкалам опросника оценки КЖ (***EQ-5D)*** показал, что 62,01% пациентов с СД2 указали на наличие трудностей при ходьбе, 34,06% – проблем при уходе за собой, 54,05% – проблем в занятии привычными повседневными делами, 55,75% – небольшой боли и дискомфорта, 9,18% –мучительной боли, 55,81% –небольшой тревоги и 5,13% –сильной тревоги. Таким образом, более половины опрошенных имели трудности при ходьбе и при уходе за собой, испытывали боль, тревогу/депрессию. На 6-й дополнительный вопрос

об изменении самочувствия за последний год 36,67% отметили ухудшение самочувствия, 46,32%– что 29 состояние здоровья не изменилось и 17,02% указали, что состояние здоровья улучшилось. При оценке ВАШ: среднее M=4,97 баллов, σ=2,4. Рассчитанный индекс полезности (QALY) составил 0,503. Средний возраст пациентов в исследовании ФОРСАЙТ-СД2 составил 60 лет. По сравнению с популяционными данными КЖ в РФ, полученными в исследовании ЭССЕ-РФ [47], проведенном в 2012–2013 гг. в различных регионах России в сопоставимых 30 возрастных группах от 55 до 64 лет, доля лиц с умеренными или выраженными изменениями КЖ по отдельным компонентам при СД2 в исследовании ФОРСАЙТ-СД2 была значимо выше по всем пяти компонентам КЖ [48].

Удовлетворенность пациентов лечением СД2 оценивали с помощью русской версии диабет-специфичного ***«Опросника оценки удовлетворенности пациентов лечением диабета» (DTSQs)*** [49], валидизированного в России [50]. Данный опросник включает в себя 8 вопросов, градация ответов на которые от 0 – «очень неудовлетворен», «ни разу», «очень неудобно» до 6 баллов – «очень удовлетворен», «подавляющую часть времени», «очень удобно». Максимальное количество баллов – 36. Вопросы 2 и 3 в баллах анализируются отдельно.

Шкалу ***DTSQ*** заполнил 481 (95,8%) пациент с СД2 из 502 человек, которым это было предложено дополнительно к «Опроснику пациента, участвующего в исследовании ФОРСАЙТ-СД2», 400 пациентов дали ответы на все вопросы. В исследуемой когорте больных СД2 средний суммарный балл удовлетворенности лечением по шкале DTSQ оказался достаточно высоким, и составил 27,68 ± 5,74 (Me 28 [24; 32]) (диапазон от 11 до 36 баллов). Пациенты высоко оценивали различные показатели при ответах на большинство вопросов опросника DTSQ, в том числе об удобстве лечения на настоящий момент, гибкости проводимой терапии, удовлетворенности своими знаниями о СД2 и качеством проводимого лечения, а также выражали желание продолжать данную терапию в будущем и рекомендовать проводимое им лечение кому-то еще с таким же заболеванием. Недопустимо низкие или высокие показатели уровня сахара в крови пациенты отмечали относительно редко. Так, при ответе на вопрос 2 («Как часто за последнее время содержание сахара в крови казалось Вам недопустимо высоким?») чаще отмечалось среднее значение (3,06 ± 2,0, Me 3, диапазон от 0 до 6 бал лов). Аналогичная тенденция прослеживалась и в отношении ответа на вопрос 3: «Как часто за последнее время содержание сахара в крови казалось Вам недопустимо низким?» (средний балл 1,55 ± 1,88, Me 1, диапазон от 0 до 6 баллов). Отметим: суммарный балл удовлетворенности лечением СД2 при сравнении групп пациентов, получающих и не получающих инсулин, не зависел от пола и возраста пациентов, уровня их образования, длительности заболевания и вида проводимой сахароснижающей терапии. Достаточно высокий показатель удовлетворенности лечением с повышением качества оказания специализированной помощи, улучшением гликемического контроля и динамического наблюдения. Кроме того, серьезными аргументами, определившими высокую удовлетворенность пациентов лечением, могли стать большая доступность специализированного медицинского обслуживания в рамках оказания амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи, а также возможность для пациента бесплатного получения основных сахароснижающих лекарственных препаратов [44,51].

Анализ приверженности пациентов СД2 лечению ***проведен с помощью «Опросника оценки приверженности Мориски (MMAS-8)»*** [23]. Данная расширенная диагностическая шкала состоит из 8 вопросов, оценивающих забывчивость пациентов в отношении приема лекарственных препаратов, неаккуратность (небрежность) в при-

еме препаратов, прекращение приема препаратов в случае субъективного улучшения самочувствия и прекращения приема препаратов при ухудшении самочувствия. Респонденты, набравшие менее 6 баллов, классифицируются как «не приверженные» лечению, средне приверженные – получившие 6–7 баллов, высоко приверженными лечению считаются пациенты, набравшие 8 баллов. Большинство пациентов с СД2, вошедших в исследование ФОРСАЙТ-СД2, продемонстрировали *среднюю степень приверженности лечению*. Средний показатель приверженности лечению по шкале Мориски – Грина из 8 пунктов составил *5,86 ± 1,39 балла*. Учитывая, что медианное число принимаемых пациентами с СД2 лекарственных препаратов равнялось 4[2;5], можно пред положить, что *коморбидность и необходимость постоянного приема различных препаратов* относятся к *наиболее значимым барьерам приверженности* [51].

При заполнении «Общего опросника пациента, участвующего в исследовании ФОРСАЙТ-СД2», респонденты также должны были ответить на ряд дополнительных вопросов, касающихся выяснения причин *(«барьеров приверженности»),* влияющих на соблюдение (несоблюдение) врачебных рекомендаций, и факторов, определяющих выбор пациентом лекарственного препарата.

В исследовании ФОРСАЙТ-СД2 ведущим барьером выполнения рекомендаций врача была *высокая стоимость лечения* (этот фактор отметили 24,2% опрошенных), на втором месте стоял *пропуск приема препарата в связи с нежелательными явлениями* (20,9%) и *забывчивостью* (20,5%), около 16% пациентов указали на *сложность терапии или режима приема препаратов*). Факторы «*сложность проведения терапии» и «недостаточная информированность о заболевании и его осложнениях*» становятся актуальны вследствие недостаточно эффективной системы обучения пациента и его взаимодействия с врачом в совокупности с низкой мотивацией пациентов в отношении изменения образа жизни и приема большого числа медикаментов [52]. В связи с этим необходимо дальнейшее совершенствование системы обучения пациентов в «Школах для лиц с СД2» и более активное их участие в проведении самоконтроля гликемии, АД, а также разъяснение им важности прохождения динамического обследования с целью профилактики развития осложнений СД2. Именно осознанное понимание пациентами негативного прогноза заболевания в отсутствие адекватного лечения может стать основным мотивационным фактором в процессе повышения приверженности лечению.

«Забывчивость при приеме лекарственного препарата» может быть связана с отсутствием достаточной мотивации, а также с тем, что средний возраст пациентов в исследовании составил 60 лет – возраст, при котором могут наблюдаться легкие когнитивные нарушения, требующие пересмотра врачебной тактики ведения данной категории пациентов. По этой причине рутинное обследование пациентов с СД2, жалующихся на забывчивость, может стать *показанием к проведению исследования когнитивных функций.*

Такой фактор, как «*депрессия*», отметили всего 4,4% опрошенных, тогда как, согласно данным проведенных исследований, распространенность этой проблемы среди пациентов с СД2 значительно шире. Данный барьер приверженности может существенно влиять на результаты лечения, в связи с чем пациентам, предъявляющим подобные жалобы, необходимо проводить дополнительное обследование (***оценка наличия депрессии с помощью шкалы депрессии Бека)*** для последующего направления к специалисту и решения вопроса о назначении адекватной терапии.

На степень приверженности лечению существенное влияние также оказывают *отсутствие контакта с врачом и недостаточная удовлетворенность результатами проводимого лечения.* Однако в исследовании ФОРСАЙТ-СД2 большинство пациентов были удовлетворены про водимым лечением СД2 и достаточно высоко оценивали его

качество, удобство лечения на настоящий момент, гибкость проводимой терапии, отмечали достаточную удовлетворенность своими знаниями о СД2, а также выражали желание продолжать данную терапию в будущем, уточняя, что могли бы рекомендовать проводимую им терапию кому-то еще с таким же заболеванием [51].

Таким образом, для всестороннего анализа эффективности оказания специализированной медицинской помощи пациентам с СД2 при проведении наблюдательных исследований на региональном уровне следует более широко применять «Инструменты оценки пациентами проводимого лечения» *PPOMs (Patient-Reported Outcomes Measures*), при этом, целесообразно использовать одновременно несколько различных диагностических шкал, так называемую «батарею тестов» — серию опросников, каждый из которых определяет область специфических проблем.

Анализ факторов, препятствующих формированию приверженности лечению среди пациентов с сахарным диабетом

Специалисты здравоохранения в своей повседневной клинической практике постоянно сталкиваются с целым рядом проблем, прямо или косвенно влияющих на приверженность лечению. Под термином «**барьеры**», понимают ряд факторов различного свойства и рода, влияющих отрицательным образом на способность пациента в надлежащем порядке придерживаться врачебных рекомендаций [53].

Согласно данным ВОЗ, проблема приверженности является многофакторной. Плохая приверженность лечению — многомерное явление, которое в основном определяется пятью факторами: социально-экономическими, факторами, связанными с системой здравоохранения, связанными с пациентом, связанными с лечением, связанными с заболеванием. Однако данная модель не используется по отношению к отдельному пациенту [54].

В Кохрановском систематическом обзоре в 2005 г. был проведен анализ 21 рандомизированного клинического исследования (РКИ), посвященного проблеме повышения приверженности лечению у людей с СД2 при амбулаторном и стационарном лечении [55]. Во многих работах утверждается, что краеугольным камнем всей системы управления СД является обучение. В публикациях описываются различные структурированные программы обучения, но при этом до конца остаются нерешенными вопросы: какой аспект обучения или какая комбинация компонентов обучения являются определяющими для улучшения приверженности. По мнению авторов обзора, необходимо понять, оказывают ли меры долгосрочный длительный эффект или обучение должно время от времени повторяться. В результате авторы пришли к выводу, что существующие модели по улучшению приверженности лечению у пациентов с СД2 не имеют каких-либо значительных результатов, но и не приносят вреда, и вопрос о том, способствует ли какая-нибудь стратегия повышению приверженности лечению, до сих пор остается открытым.

Haynes и соавт. также провели анализ 182 РКИ, посвященных изучению различных методов повышения приверженности лечению при СД2 [56]. По мнению авторов систематического обзора, результаты исследований противоречили друг другу, и только в некоторых из них наблюдалось одновременное улучшение приверженности и клинических результатов лечения. Предложенные в анализируемых работах методы улучшения приверженности при лечении хронических заболеваний очень сложны для реализации в рутинной клинической практике и недостаточно эффективны. Необходимы дальнейшие исследования и разработка реальных долгосрочных

мероприятий по улучшению приверженности для получения статистически значимых доказательств положительного влияния приверженности на эффективность проводимой терапии.

Учитывая проблему ограниченного времени, которое может уделить врач для проведения консультации, авторы обзора предлагают, при наличии возможности, медсестрам и фармацевтам брать на себя вопросы по преодолению выявленных барьеров низкой приверженности лечению, считая это экономически эффективной стратегией. Помимо этого, значительную роль может сыграть участие в процессе лечения близкого окружения пациентов, так как социальная атмосфера крайне важна в процессе оптимизации лечения.

При определении и разработке мер, способствующих повышению приверженности лечению, эксперты рекомендуют учитывать три фактора:

1. Сложные меры, направленные на повышение приверженности, часто сравниваются с самим лечением, в то время как еще только предстоит понять, эффективнее ли они простых мер.

2. Если мероприятия показывают свою эффективность, то введение в практику всего комплекса мер должно осуществляться без требования расширения штата медицинского персонала и увеличения расходов.

3. Если последнее не представляется возможным, то эффекты отдельных компонентов должны быть исключены, например, с помощью проведения регрессионного моделирования для того, чтобы было возможным определить наиболее прогностически значимые компоненты. В заключение авторы систематического обзора рекомендуют всем исследователям, которые занимаются данной проблемой, перестать заново изобретать «плохо вращающиеся колеса мероприятий, повышающих приверженность» [56].

В нашей стране одним из ведущих специалистов в области биомедицинских и психосоциальных аспектов СД является проф. Е.Г. Старостина, которая утверждает, что «...традиционная модель оказания диабетологической помощи в своей основе имеет попытки врачей убедить пациента принять некие цели лечения, важные с медицинской точки зрения, и в соответствии с ними изменить свой образ жизни и принимать многочисленные медикаменты. Однако чаще всего в представлениях пациента, в его реальной "сиюминутной" жизни эти цели лечения не имеют такого значения, какое им придает врач. Многие больные СД не придают своему заболеванию достаточной важности, поскольку субъективная симптоматика у них нередко отсутствует, осложнения длительно протекают бессимптомно, и поэтому они испытывают особые трудности в принятии диагноза и выполнении рекомендаций, сопряженных с пожизненной терапией и изменением образа жизни. Гораздо чаще складывается обратная картина: психика пациента не выдерживает высокого уровня тревоги (по сути, созданного врачом), и после короткого периода строгого соблюдения рекомендаций происходят вытеснение неприятной информации из сознания пациента и возвращение к низкой комплаентности» [1]. В связи с этим, «...необходима новая модель взаимодействия врача и пациента, когда от больного требуется активное участие в оказании самопомощи, а врач становится для них экспертом по самоведению, помогает приобрести знания, необходимые для принятия информированных терапевтических решений, может научить методикам, необходимым для самопомощи, обеспечить социальную и эмоциональную поддержку, предложить варианты изменения поведения и стратегий совладающего поведения» [57].

К сожалению, как в нашей стране, так и в мировой практике проведение углубленного анализа индивидуальных барьеров, препятствующих выполнению рекомендаций по лечению и изменению образа жизни, может быть ограничено временем,

отведенным на консультацию пациента при амбулаторном приеме. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 19 декабря 2016 года N 973н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта», на прием эндокринолога выделяется всего 19 минут [58]. За это время специалисту предлагается не только выяснить жалобы, оценить соматический статус пациента и провести скрининг на наличие поздних осложнений СД и сопутствующих заболеваний, но и проанализировать дневник больного СД, обсудить принципы диетотерапии и модификации образа жизни, подобрать соответствующую терапевтическую схему лечения, объяснив больному правила приема ССП, а также гипотензивных и гиполипидемических препаратов, выписать рецепт на льготное получение медикаментов и, наконец, занести данные пациента в электронную историю болезни. Важно отметить, что прием должен проводиться совместно с медицинской сестрой, которая частично может брать на себя часть задач, которые необходимо решить врачу во время приема, однако не во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях имеется достаточная укомплектованность средним медицинским персоналом.

Управление приверженностью – это комплексная задача, требующая совместных усилий пациента, врача и общества. Успех зависит от устранения барьеров, технологических инноваций и создания доверительных отношений в системе «врач-пациент».

Барьеры приверженности лечению при СД являются многогранными и зависят от различных факторов, включая психологические, социальные, экономические и культурные аспекты. Современные исследования подчеркивают необходимость комплексного подхода к решению этих проблем, включающего психолого-педагогическую поддержку, доступность ресурсов и адаптацию лечения под индивидуальные потребности пациента.

Для решения проблемы низкой приверженности лечению среди пациентов с СД, для работников здравоохранения и специалистов, непосредственно принимающих участие в лечении и ведении пациентов СД, необходимо иметь широкое представление о том, какие факторы оказывают наибольшее влияние на приверженность. В 2018 г. был опубликован обзор литературы, в котором Лиходей Н.В. и соавт. описали наиболее значимые исследования, посвященные анализу барьеров приверженности [59]. Следует отметить, что до настоящего времени единой классификации барьеров приверженности не существует.

В своих исследованиях Jin J и соавт. [60] и Delamater [61] предложили наиболее структурированный подход к определению существующих барьеров приверженности, разделив их на пять основных категорий: социально-демографические; психологические; обусловленные самим заболеванием и его лечением; экономические; связанные с системой здравоохранения. Некоторые из перечисленных барьеров являются **«немодифицируемыми»**, такие как демографические и социальные особенности пациента (пол, возраст, национальность, принадлежность к этническому меньшинству, семейное положение, низкий социально-экономический статус, низкий уровень образования), включая факторы, связанные с самим заболеванием и особенностями его лечения (характер заболевания, степень тяжести) (Табл 1.)

В то же время существует большое число **«модифицируемых»** барьеров, которые можно устранить. Достижения современной медицины позволяют во многих случаях улучшить приверженность, предложив пациенту более удобный способ лечения; изменить (по возможности) его продолжительность, использовать более эффективные

терапевтические стратегии; минимизировать в некоторых случаях побочные эффекты проводимой терапии [61].

Таблица 1. Барьеры, препятствующие выполнению врачебных рекомендаций

Jing Jin и соавт. (2008 г.) [60]	**1. Барьеры, связанные с личностью пациента (личностные барьеры):** демографические факторы (возраст, национальность, пол, образование, семейное положение); психосоциальные факторы (убеждения, мироощущение, наличие мотивации); отношения между пациентом и врачом; компетентность в сфере медицины; физические проблемы пациента; вредные привычки (курение или употребление алкоголя); нарушения памяти (забывчивость); анамнез приверженности лечению
	2. Барьеры, связанные с лечением: способ проведения лечения; сложность режима лечения; продолжительность лечения; побочные эффекты медикаментозного лечения; степень необходимого изменения поведения пациента, связанного с заболеванием; вкус лекарства; требования по хранению лекарств
	3. Социальные и экономические барьеры: невозможность пациентом взять отгул или выходной на работе; соотношение доходов и стоимости лечения; наличие социальной поддержки
	4. Барьеры, связанные с системой здравоохранения: недостаточная доступность медикаментов и врачебной помощи; время ожидания консультации врача или обследований; наличие трудностей при получении лекарств по рецепту; неудовлетворенность пациента врачебной консультацией
	5. Барьеры, связанные с заболеванием: проявления заболевания; степень тяжести заболевания
Delamater A.M. (2006 г.) [61]	**1. Демографические:** принадлежность к этническому меньшинству, низкий социально-экономический статус и низкий уровень образования
	2. Психологические: понятность смысла проводимой терапии; эффективность, по мнению больного, рекомендаций; уверенность в том, что результаты лечения оправдают затраты на его проведение; убежденность больного в том, что он в состоянии справиться с предписанным режимом лечения, а также психологическая поддержка и помощь окружающих. Важна информированность пациента о состоянии здоровья, понимание серьезности заболевания, уязвимость по отношению к сложностям, отношение к стрессу, раздражительность, депрессия, пищевые расстройства
	3. Социальные: семейные взаимоотношения, напрямую влияющие на приверженность лечению
	4. Медицинские: взаимоотношения с медицинским персоналом, наличие их поддержки, частота контактов, внимательность по отношению к пациенту
	5. Факторы, связанные с заболеванием и его лечением: характер заболевания (хронический или не хронический); очевидность или неочевидность симптомов заболевания; сложность режима и необходимость внесения изменений в образ жизни пациента

Известно, что наличие физических проблем у пациента и нарушение когнитивных функций, особенно среди лиц пожилого и старческого возраста, также могут оказывать существенное влияние на приверженность лечению [60]. В подобных ситуациях крайне важны помощь окружающих и организация специализированного индивидуального медицинского ухода для такой категории больных.

Отдельного рассмотрения заслуживают барьеры, связанные с системой здравоохранения, которые во многом определяются организацией медицинской помощи в различных странах. Наиболее значимыми из них являются финансовые барьеры (необходимость оплаты пациентом части или всех затрат на лечение, не покрытых полисом медицинского страхования), недостаточная доступность медикаментов и врачебной и сестринской помощи; наличие трудностей при получении лекарств по рецепту; время ожидания консультации врача или обследований; неудовлетворенность пациента врачебной консультацией.

Еще одним важным фактором, оказывающим влияние на приверженность лечению и, в конечном счете, на эффективность проводимой терапии, является наличие депрессии. Своевременная диагностика данного состояния и устранение ее проявлений позволяют улучшить прогноз течения основного заболевания.

Таким образом, среди всех существующих барьеров, выявление и преодоление модифицируемых факторов могло бы приводить к существенному улучшению приверженности лечению.

Изучение психологических особенностей пациента является предметом пристального внимания специалистов. По мнению Delamater, психологические барьеры включают различные аспекты психосоциального поведения человека: понимание задач проводимой терапии и эффективности рекомендаций; уверенность в том, что результаты лечения оправдают затраты на его про ведение; убежденность, что он в состоянии справиться с предписанным режимом лечения [61]. Также большое значение имеют информированность пациента о состоянии своего здоровья и понимание характера и серьезности заболевания.

Анализ стратегий, направленных на повышение приверженности лечению среди пациентов с сахарным диабетом

В конце XX в. специалистами были изучены различные модели поведения больных и разработаны стратегии преодоления низкой приверженности лечению. В 1980 г. Ajzen и Fishbein разработали **«Теорию запланированного поведения»** (***The Theory of Planned Behaviour),*** основанную на утверждении, что поведение пациента определяется его отношением к самому лечению (ожидаемая ценность терапии), его субъективным пониманием существующих норм и своих возможностей придерживаться надлежащего поведения [62].

Strecher VJ и соавт. изучали основные подходы к изменению поведения населения в медицинских профилактических программах США [63]. Авторы разработали **«Модель убеждений о здоровье»** (***Health Beliefs Model*****),** согласно которой, на поведение больного оказывают влияние четыре фактора:

- какие преимущества он видит в приверженности лечению (например, уменьшившиеся симптомы болезни);

- какие барьеры мешают ему соблюдать рекомендации по лечению (например, побочные эффекты терапии);

- какова его восприимчивость или уязвимость перед болезнью, под которой понимается степень уверенности пациента в возможности предотвращения рецидива заболевания;

- осознанная серьезность болезни (под серьезностью понимают то, насколько сам больной оценивает свое заболевание).

В данной работе было сформулировано определение понятия «приверженность лечению», которое является «результатом осмысленного изменения пациентом его поведения и образа жизни, необходимое для выполнения рекомендаций врача».

В поведенческой модели **SIMPLE** авторы разработали подробные инструкции для врача с целью улучшения приверженности лечению пациентов в зависимости от тех барьеров, с которыми сталкивается каждый пациент в процессе лечения [64]. В данной модели пошагово и достаточно подробно описываются действия врача.

S (Simplifying regimen characteristics) – Упрощение режима:

- оптимизируйте время приема лекарственного препарата, кратность приема и его дозировку. Лекарства, принимаемые один раз в день, более предпочтительны, но если стоимость таких лекарств является основным барьером приверженности лечению, то это не решит проблему;

- подстройте режим лечения под режим обычной жизни пациента;

- рекомендуйте, чтобы все лекарства принимались в одно и то же время дня;

- избегайте назначать лекарства, которые требуют соблюдения дополнительных условий приема (например, строгая зависимость от приемов пищи);

- разбейте режим на простые шаги, которые могут вводиться последовательно, и убедитесь, что пациент понимает каждый шаг;

- используйте вспомогательные средства и сигналы для напоминания о приеме лекарств;

- ориентируйтесь на то, чтобы изменить ситуацию, а не пациента (больше пояснений, повторений, облегчений курса лечения). Другими словами, врачу следует приспособить курс лечения под пациента, а не пациента под курс лечения.

I (Imparting knowledge) - Передача знания.

Приверженность повышается, когда пациент понимает свое состояние и преимущества лечения, но передача знания должна комбинироваться с упрощением режима, поэтому:

- стремитесь к совместному принятию решений по выбору терапии;

- поощряйте в пациенте ведение дискуссий с врачом, медсестрой и фармацевтом;

- обеспечивайте пациента понятными инструкциями (письменными и вербальными) для всех предписаний (ограничьте инструкции до 3-4 основных пунктов; используйте простой, понятный для пациента язык; применяйте письменную информацию или брошюры и т.д.);

- при необходимости вовлекайте в обсуждение семью и друзей пациента;

- при наличии хронических заболеваний предоставьте пациентам ссылки на качественные интернет-сайты или специальную литературу для обеспечения необходимой дополнительной информацией;

- предоставьте конкретный совет в отношении того, как покрыть медицинские затраты;

- поддерживайте все обсуждения, особенно с недостаточно информированными о своем заболевании пациентами.

M (Modifying patient beliefs) - Изменение убеждения пациента и его поведения:

- уполномочьте пациентов самостоятельно следить за их состоянием (спросите пациента о его проблемах со здоровьем; создайте открытый диалог с каждым пациентом и спросите о его ожиданиях, нуждах и имеющемся опыте лечения; спросите пациента о том, что может помочь ему стать и оставаться приверженным лечению);

- убедитесь, что пациенты понимают, что они могут попасть в зону риска, если они не будут принимать лекарства;

- попросите пациентов описать последствия отсутствия приема лекарств;

- попросите заново описать преимущества приема лекарств;

- обратите внимание на страхи и переживания (приобретенные барьеры) приема лекарств;

- рассмотрите использование непредвиденных контрактов. Непредвиденный контракт – это соглашение между пациентом и врачом, которое устанавливает поведенческие цели пациента;

- установите вознаграждение за высокую приверженность лечению (вознаградите эффективность лечения при выполнении рекомендаций похвалой; поощряйте маленькими сувенирами, сокращенной частотой визитов).

P (Patient communication) - Установление общения и доверия:

улучшите собственные навыки интервьюирования;

- практикуйте активное слушание. Активное слушание является интерактивным процессом с целью услышать смысл и требует большого внимания к словам пациента (это включает такие техники, как: подтверждение того, что сообщение пациента было услышано – обратная связь, вопросы и другие знаки; правильно интерпретируйте сообщение пациента; используйте вербальные и невербальные знаки для того, чтобы показать понимание и сочувствие; в ходе обсуждения обеспечивайте пациенту обратную связь; продлите обсуждение для того, чтобы получить больше информации; предоставьте необходимые ответы и посмотрите на его реакцию: согласится ли он или примет с неохотой);

- обеспечьте пациента эмоциональной поддержкой;

- обеспечьте пациента ясной и точной информацией и заставьте пациента ее повторить;

- вовлеките пациента в принятие решений и выявите/определите размер вклада пациента в принятие решений;

- отведите пациенту время на то, чтобы он мог задать вопросы;

- постройте доверительные отношения с пациентом. Врачи могут использовать короткий тест для того, чтобы понять, нужно ли им улучшить эту ситуацию.

L (Leaving the bias) – преодолеть предубеждение.

Многое доказывает, что этнические и социально-экономические различия влияют на результат лечения повсеместно. Пациенты в этом случае ощущают меньше внимания и, как следствие, меньше времени для общения с врачом. Для того чтобы это преодолеть этнические и социальные барьеры, врачу стоит:

- оценить уровень медицинских знаний у пациента, его усилия, направленные на улучшение результатов лечения;

- применять новые знания на практике;

- оценить уверенность данного пациента в положительном результате лечения;

- пересмотреть стиль общения для того чтобы понять, является ли он действительно ориентированным на пациента;

- признать наличие предубеждений в процессе принятия решений (умышленных или неумышленных);

- обратить внимание на диссонанс между расой пациента и врача, их этнического различия и языка (знать демографию расы пациента; взять дополнительное время для преодоления культурных барьеров; отдельно спросить об отношении, убеждениях и культурных нормах касательно курса лечения; использовать культурно и лингвистически подходящие средства вмешательства, ориентированные на пациента, которые могли бы повысить вовлеченность, активность пациента; адаптировать обучение к уровню понимания пациента; использовать наглядные пособия при обучении пациента).

E (Evaluating adherence) – оценить приверженность.

Самоотчеты являются наиболее распространенным способом оценки приверженности, пожтому:

- спросите пациентов просто и прямо, придерживаются они режима или нет;

- спрашивайте о поведении и приверженности при каждой встрече;

- выведывайте о барьерах приверженности и недостатке восприимчивости к медицинской информации;

- если самоотчет все равно оставляет вопросы, используйте подсчет таблеток или оценку уровня лекарств в сыворотке крови или моче;

- периодически просматривайте контейнер лекарств пациента, отмечая изменения.

Важно отметить, что для практического применения данной модели и проведения мотивирующего интервью необходимо обучение врача методологии, используемой в ходе беседы с пациентом, целью которой является осознание пациентом своих проблем, а также его активное участие в их разрешении, и/или привлечения дополнительного специалиста-психолога. Кроме того, применение данной методики в рутинной практике ведения больных с хроническими заболеваниями требует дополнительного времени и связанных с этим материальных расходов.

В заключение следует отметить недавно разработанную **«Модель Информирование-Мотивация-Стратегия»** ***(Information-Motivation-Behavioural Skills Model)*** [65], которая рассматривает влияние когнитивных, психологических и социальных факторов на взаимодействие врача и пациента и предлагает три подхода к достижению взаимопонимания: информирование, мотивацию и разработку стратегии поведения (поведенческих навыков), которые могут быть применены врачом индивидуально для каждого пациента.

Информирование представляет собой знания о терапевтических/медицинских аспектах развития болезни, ожидаемом курсе лечения, эффективных стратегиях по ее лечению. Врачу необходимо эффективно доносить информацию до пациента; построить доверительные отношения; поощрять пациента к активному участию в процессе принятия решений; воспринимать его в качестве партнера при назначении лечения; внимательно слушать пациентов, рассказывающих о возникающих проблемах в ходе проводимой терапии.

Мотивация включает личное отношение пациента к приверженности, субъективные нормы пациента и его представления о должном поведении. Врачу необходимо помочь пациенту поверить в эффективность лечения; выявлять, слушать и об-

суждать любое негативное отношение к лечению. Важно помочь пациенту сформировать ответственное отношение к приверженности и вселить в него уверенность в том, что он способен придерживаться назначенного курса лечения. Стратегия.

Поведенческие навыки пациента включают в себя его уверенность в том, что он обладает специфическими знаниями и возможностями, необходимыми для выполнения рекомендаций по лечению, например, возможностью заручиться социальной поддержкой. Врач должен помогать преодолевать выявленные барьеры, стоящие на пути к эффективному выполнению курса лечения; привлекать людей, которые могут предоставить практическую помощь, помогать в поиске ресурсов предоставления финансовой помощи или скидки на лечение (льготу); давать письменные инструкции/напоминания по режиму назначенного курса терапии; подписывать «поведенческое соглашение»; связываться с группами поддержки пациентов с подобными заболеваниями; обеспечивать, по возможности, электронными напоминаниями или телефонными звонками.

Влияние психоэмоционального стресса (диабетического дистресса) на течение сахарного диабета и приверженность лечению

Развитие у человека тяжелого прогрессирующего заболевания — сахарного диабета (СД) оказывает негативное влияние на такие аспекты качества жизни, как свобода выбора питания, трудовая деятельность, физические возможности и уверенность в будущем. Современные подходы к комплексному лечению СД могут оказаться слишком сложными и трудновыполнимыми для пациента. Подобранную схему лечения СД важно интегрировать в повседневную жизнь человека, что необходимо совмещать с проведением регулярного самоконтроля уровня глюкозы в крови, АД, проведения периодического мониторинга различных биохимических показателей, оценки состояния микро- и макрососудистого кровоснабжения с целью профилактики развития сосудистых осложнений. Важно отметить, что все эти лечебно-профилактические мероприятия пациенту необходимо проводить наряду с выполнением текущих жизненных задач, не связанных с диабетом (например, развитие самостоятельности и отделение от семьи в молодом возрасте, выполнение семейных и трудовых ролей в зрелом возрасте). Поэтому неудивительно, что многие испытывают эмоциональный стресс и серьезные мотивационные проблемы, негативно влияющие на приверженность лечению. На этом фоне у многих пациентов повышается частота психических расстройств: депрессивных, тревожных, различных форм психоэмоционального дистресса, расстройств пищевого поведения [66-67].

Термин «диабетический дистресс» (ДД) впервые был предложен группой психологов и психиатров из Диабетического центра Джослин в 1995 г. Эксперты определили ДД как концепцию, отражающую проблемы психосоциальной адаптации, с которыми сталкиваются люди с диабетом. ДД относится к негативным эмоциональным или аффективным переживаниям, возникающим в результате трудностей жизни в условиях диабета, необходимости постоянно заниматься своим заболеванием, независимо от типа диабета. Этот показатель может охватывать тревожность, общий стресс и нарушение сна и является отрицательным предиктором контроля уровня глюкозы в крови и качества жизни. Более того, в ходе сложной адаптации к жизни с диабетом многие пациенты могут чувствовать себя побежденными, теряя мотивацию

выполнять лечебные рекомендации. Могут появляться такие эмоциональные реакции, как гнев, чувство вины, перегруженности, выгорание, разочарование, отрицание, страх одиночества. ДД играет важную роль в появлении депрессивных симптомов, но для развития депрессии необходимо его сочетание с другими стрессовыми факторами. Симптомы депрессии и ДД могут взаимно усиливать друг друга. В исследованиях по оценке депрессии или дистресса эти показатели обычно значительно коррелируют между собой (общая дисперсия 20–30%) [68]. Вместе с тем дистресс, связанный с диабетом, отличается от депрессии и общего эмоционального неблагополучия. Дистресс при диабете укоренен в повседневном опыте жизни людей с данным заболеванием, тогда как депрессия — это общее чувство депрессивного аффекта, не связанного с конкретным состоянием или опытом.

Депрессия и ДД увеличивают риск смерти при СД, негативно влияют на приверженность лечению и проведение самоконтроля гликемии, способствуют развитию осложнений, связанных с диабетом, снижают качество жизни и увеличивают общие медицинские затраты здравоохранения. Выявление состояний среди пациентов с диабетом может способствовать их своевременной коррекции. Результаты нескольких систематических обзоров и интервенционных исследований, позволяют предположить, что ДД при СД в разных возрастных группах и во всех странах и культурах, где он изучался, является распространенным явлением и может быть барьером на пути к оптимальному эмоциональному благополучию, а также уходу за собой и лечению диабета [69]. Большая часть страданий, которые испытывают люди с диабетом, является следствием их взаимодействия с социальным миром, будь то друзья и семья, более широкие социальные сети или медицинские работники. Эти негативные взаимодействия вызывают и усугубляют некоторые аспекты диабетического расстройства и поднимают вопрос о том, как мы можем это предотвратить. Также появляются доказательства того, что возникновение и усугубление ДД может быть результатом отсутствия взаимопонимания пациента с медицинскими специалистами [70].

В настоящее время формируется доказательная база, что психологические образовательные программы могут уменьшить ДД. Внедрение необходимых практических знаний в повседневную помощь людям с СД представляет собой актуальную задачу клинической практики [71].

Для диагностики ДД за последние 30 лет были разработаны, валидизированы и протестированы различные диагностические шкалы, среди которых наибольшее признание получили шкалы PAID и DDS.

В 2005 г. была разработана шкала DDS (Шкала дистресса при диабете). Первоначально опросник состоял из 28 вопросов [72]. В процессе дальнейшего изучения данная шкала была модифицирована до 17 вопросов. В дальнейшем была подтверждена ее последовательная обобщаемая факторная структура и хорошая внутренняя согласованность и валидность в четырех различных клинических центрах. Опросник DDS позволяет не только оценить степень эмоционального стресса, связанного с диабетом, но допускает рассмотрение четырех различных типов дистресса при диабете, что расширяет возможности включения и планирования различных клинических интервенций.

Опросник включает 4 субшкалы, состоящие из 3–5 вопросов каждая, связанных с дистрессом:

1) субшкала эмоционального бремени (например, «чувство подавленности требованиями жизни с диабетом»);

2) субшкала дистресса, связанного с врачом, например, «чувство, что мой врач недостаточно серьезно относится к моим опасениям»);

3) субшкала дистресса, связанного с режимом лечения, (например, «ощущение, что я недостаточно строго придерживаюсь хорошего плана питания»);

4) субшкала межличностного дистресса, связанного с диабетом (например, «чувство, что мои друзья/семья не понимают, насколько трудной может быть жизнь с диабетом»).

Каждая из шкал позволяет оценить соответствующий аспект диабетического дисстреса, а общий балл по 4 шкалам отражает общий уровень дистресса при диабете. Каждый вопрос оценивается по 6-ти балльной шкале Лайкерта с вариантами ответов от 1 (не проблема) до 6 (очень серьезная проблема). Баллы по пунктам каждой подшкалы суммируются для оценки соответствующего аспекта дистресса, а общий балл дистресса при диабете рассчитывается путем сложения всех 17 пунктов. Более высокие баллы указывают на более высокую степень дистресса. Данный опросник используется как показатель эмоционального стресса, связанного с диабетом, в исследованиях и клинической практике. Суммарное значение шкалы DDS не имеет существенной зависимости от пола пациента, этнической принадлежности, уровня образования или продолжительности диабета. В целом, повышенные общие баллы по DDS были связаны с более молодым возрастом и большей депрессией, использованием инсулина, плохим уходом за собой и повышенным уровнем липидов [72].

Шкала DDS имеет определенные потенциальные преимущества перед предыдущими инструментами. Она короче, и новые подшкалы позволяют напрямую сравнивать четыре различных аспекта дистресса. Это может быть особенно полезно, когда опросник используется для планирования клинического вмешательства. Уровень оценки опросника DDS по шкале Флеша-Кинкейда позволяет предположить, что он должен быть понятен большинству пациентов.

DDS является стабильным, внутренне последовательным, концептуально обоснованным показателем дистресса, связанного с диабетом, для использования в исследованиях и клинической практике. Краткое и простое в применении, оно может служить инструментом для выявления пациентов, испытывающих высокий уровень дистресса, связанного с диабетом, и выявления их конкретных проблем [72].

Шкала DDS защищена авторским правом и доступна для использования при /клинических исследованиях, переведена на 38 языков, валидизирована во многих странах мира. В 2024 г. Лиходей Н.В. и соавт. провели языковую и культурную адаптацию опросника «Шкала дистресса при диабете» (The Diabetes Distress Scale) и оценили психометрические свойства русскоязычной версии опросника DDS на русскоязычной выборке пациентов с СД1 и СД2 [73]. Текст обратного перевода согласован и утвержден автором оригинала (William H. Polonsky). Перевод опросника на русский язык отправлен автору для включения в библиотеку переведенных версий DDS Русскоязычная версия опросника «Шкала дистресса при диабете» DDS (The Diabetes Distress Scale) представлена на рис.2.

Валидизация опросника проведена на выборке из 198 пациентов с СД1 и СД2, собраны данные по применению русскоязычной версии шкалы DDS, а также шкал EQ-5D-5L (Европейского опросника оценки качества жизни), SPANE (Шкалы позитивных и негативных переживаний) и HADS (Госпитальной шкалы тревоги и депрессии). Последние три шкалы использовались для оценки конвергентной валидности адаптируемого опросника. Надежность опросника DDS оценивалась с помощью коэффициента внутренней согласованности Кронбаха и повторного тестирования участников спустя 1–4 месяца.

Факторная структура адаптируемого оригинального опросника DDS впервые воспроизводится на российской выборке пациентов при включении всех 17 вопросов и демонстрирует хорошие показатели пригодности.

Инструкция: Жизнь с диабетом порой может быть сложной. С диабетом может быть связано много сложностей и неприятностей, и они могут значительно различаться по степени выраженности. Проблемы могут варьировать от небольших неприятностей до серьезных жизненных трудностей. Ниже перечислены 17 потенциальных проблемных областей, с которыми могут столкнуться люди с диабетом. Подумайте, в какой степени каждый из 17 пунктов мог Вас огорчать или беспокоить **в течение прошлого месяца**, и обведите кружком соответствующую цифру.

Пожалуйста, обратите внимание, что мы просим указать степень того, насколько Вас беспокоит проблема, а НЕ просто, есть ли она у Вас или нет. Если Вы чувствуете, что какой-то из пунктов Вас не беспокоит или не является проблемой, обведите в кружок цифру «1». Если он Вас очень беспокоит, обведите в кружок цифру «6».

Вопросы / ответы	не проблема	небольшая проблема	умеренная проблема	относительно серьезная проблема	серьезная проблема	очень серьезная проблема
1. Ощущение, что диабет отнимает у меня слишком много умственной и физической энергии каждый день.	1	2	3	4	5	6
2. Ощущение, что мой врач недостаточно знает о сахарном диабете и его лечении.	1	2	3	4	5	6
3. Не чувствую уверенности в своей способности справляться с диабетом изо дня в день.	1	2	3	4	5	6
4. Чувство злости, страха и/или подавленности при мысли о жизни с диабетом.	1	2	3	4	5	6
5. Чувство, что мой врач не дает мне достаточно четких рекомендаций о том, как лечить диабет.	1	2	3	4	5	6
6. Чувство, что я недостаточно часто проверяю уровень сахара в крови.	1	2	3	4	5	6
7. Чувство, что у меня будут серьезные отдаленные осложнения диабета, что бы я ни делал.	1	2	3	4	5	6
8. Чувство, что я часто не справляюсь с повседневным лечением диабета (прием назначенных лекарств, контроль уровня сахара в крови, физическая активность, правильное питание при диабете).	1	2	3	4	5	6
9. Ощущение, что друзья или семья недостаточно поддерживают меня в моих действиях по уходу за собой (например, планируя дела, противоречащие моему расписанию, побуждая меня есть «неправильную» пищу).	1	2	3	4	5	6
10. Ощущение, что диабет контролирует мою жизнь.	1	2	3	4	5	6
11. Чувство, что мой врач недостаточно серьезно относится к моим опасениям.	1	2	3	4	5	6
12. Ощущаю, что я недостаточно строго придерживаюсь рекомендованного питания.	1	2	3	4	5	6
13. Чувство, что друзья или семья не понимают, как может быть сложно жить с диабетом.	1	2	3	4	5	6
14. Чувство бремени из-за необходимости жить с диабетом.	1	2	3	4	5	6
15. Ощущение, что у меня нет врача, которого я могу достаточно регулярно посещать по поводу моего диабета.	1	2	3	4	5	6
16. Не чувствую мотивации продолжать самостоятельно контролировать диабет.	1	2	3	4	5	6
17. Ощущение, что друзья или семья не оказывают мне эмоциональной поддержки, которой бы мне хотелось.	1	2	3	4	5	6

Рисунок 2. Шкала дистресса при сахарном диабете.

Полученные корреляции со шкалами опросников EQ-5D-5L, SPANE, HADS подтверждают внешнюю валидность адаптируемой методики, а, следовательно, возможность ее использования в научной и практической работе с пациентами с СД. Шкалу могут использовать медицинские работники для оценки диабетического дистресса при СД1 и СД2 на разных этапах терапии с течением времени, а также для облегчения оценки проведенной коррекции лечения.

Предполагается, что в будущем эта шкала будет полезна не только в научных исследованиях, но и на практике в качестве удобного инструмента оценки дистресса среди пациентов с СД1 и СД2 и может быть рекомендована к применению в клинической практике для дифференциальной диагностики депрессии и диабетического дистресса – важного фактора, оказывающего непосредственное влияние на приверженности к лечению пациентов с СД.

Влияние инъекционной терапии на приверженность лечению при сахарном диабете

Одним из наиболее эффективных способов достижения компенсации СД2 и единственным методом лечения СД1 является проведение инсулинотерапии. Схемы лечения и кратность введения инсулина могут существенно различаться, однако в любом случае, необходимость проведения ежедневных, при необходимости, многократных инъекций инсулина оказывает драматическое влияние на приверженность лечению. И если при СД1 заместительная терапия инсулином является жизненно необходимой, то при переводе с таблетированной сахароснижающей терапии на инсулин пациенты с СД2 часто отказываются инициировать инсулинотерапию, связывая это с необходимостью выполнения инъекций. Следует отметить, что в настоящее время к инъекционным средствам относятся не только препараты инсулина, но и аналоги глюкагоноподобного пептида-1 (аГПП-1), однако большинство существующих работ посвящено изучению приверженности лечению инсулином.

В литературном обзоре Гурова О.Ю. и соавт. провели анализ основных факторов, оказывающих влияние на выполнение пациентами рекомендаций по инъекционной терапии, и провели сравнение приверженности лечению пациентов с СД 2 при проведении инсулинотерапии и при проведении инъекционной терапии препаратами из группы аГПП-1 [74]. Как правило, у большинства пациентов с СД2 к моменту старта назначения инсулина уже имеется низкая готовность к переводу на инсулин и сформировано негативное отношение к этому препарату: по данным разных исследований, от 7,9% до 30% больных не готовы перейти на инсулинотерапию тогда, когда это становится необходимым [75]. В основе такого отношения к препаратам инсулина лежит множество психологических барьеров, включающих страх перед инъекциями, опасения по поводу эффективности и безопасности терапии (гипогликемии, увеличение массы тела); обеспокоенность тем, насколько выраженным будет «вмешательство» инсулинотерапии в повседневную жизнь и привычную социальную активность, ложные представления об инсулине как о препарате, вызывающем зависимость и приводящем к развитию осложнений СД или смерти, восприятие пациентом этого факта как личного поражения, расплаты за «плохое поведение» [76]. Существующая клиническая инертность является причиной более позднего старта инсулинотерапии. Так в ретроспективном когортном исследовании, в которое было включено около

80000 пациентов, получавших различные комбинации пероральных сахароснижающих препаратов (ПСП), было показано, что число лет от момента декомпенсации СД2 до перевода на инсулин составило от 6 до 7,1 [77]. Столь длительная отсрочка интенсификации терапии неизбежно приводит к прогрессированию развития осложнений СД. В основе клинической инертности лежит комплекс причин, которые сводятся в основном к нежелательным явлениям в виде гипогликемий и увеличения массы тела, а также низкой приверженности пациентов к инъекционной терапии.

Важно отметить, что перечисленные факторы являются серьезным барьером не только для пациентов, но и для врачей. Согласно результатам проведенного опроса, около 75% врачей ответили, что более «агрессивно» назначали бы инсулинотерапию, если бы не страх гипогликемии [78].

Дальнейшая интенсификация терапии с добавлением инсулина короткого действия перед приемом пищи также оказывается сложно достижимой у многих пациентов, поскольку требует более частого мониторинга уровня гликемии и более осознанного отношения к питанию. Режим множественных инъекций инсулина безусловно сопряжен с наибольшим числом трудностей для пациента, с учетом сложности его интеграции в повседневную жизнь. Так, в исследовании Rubin R. и соавт. большинство пациентов (83%) предпочли самостоятельно сокращать число ежедневных инъекций, 22% - подстраивали свой дневной план под режим инсулинотерапии и 29% пациентов отмечали, что инсулинотерапия нарушает минимум один вид социальной активности (физическую активность, сексуальную жизнь и прочее). Почти половина пациентов (46%) намеренно меняли свой режим дня, чтобы избегать излишних инъекций (преимущественно за счет пропусков приема пищи) [79].

Очевидно, что основными причинами низкой приверженности лечению является необходимость выполнять рекомендации по учету углеводов в пище, соблюдению времени введения инсулина, проведению регулярного самоконтроля, что выполняется пациентами крайне неудовлетворительно. Так, в международном исследовании по оценке приверженности к терапии инсулином, из 1483 пациентов с СД2 только 58% вводили короткий инсулин до еды, остальные выполняли инъекции после приема пищи, что является нарушением режима введения препарата, учитывая особенности его фармакокинетики [80]. Лишь незначительная доля пациентов оказалась способна проводить учет углеводов в пище [81]. Одна пятая часть пациентов (21,3%) осуществляла самоконтроль согласно предписаниям, и его регулярность значительно снижалась, когда количество инъекций болюсного инсулина в день становилась более трех [82].

Наиболее частыми причинами отмены инсулинотерапии после ее инициации при СД2 были нормализация концентрации глюкозы крови (30,6%), влияние семьи и друзей (10,5%), нежелательные явления (4,8%), условия работы (6,4%), необходимость покупки препаратов (4,0%). Наибольшая обеспокоенность была связана с болезненностью инъекций (36,7%), риском зависимости от инсулина (32,4%), риском нежелательных явлений (22–25%) [83]. Лица с СД2 по сравнению с лицами с СД1, помимо реакций в местах инъекций (90,2%), страха гипогликемии (87,4%), времени, затрачиваемого на инъекции (63,2%), сложностей физической активности (61,6%) и недостаточной обученности технике инъекций (59,6%), были значительно больше обеспокоены интеграцией инсулинотерапии в повседневный режим. Большее число пациентов с СД2 считали, что инсулин оказывает общее отрицательное влияние на их здоровье и что они чувствуют себя хуже после введения инсулина. Кроме того, полипрагмазия, чаще наблюдаемая у пациентов с СД2, способствовала более низкой приверженности терапии.

Таким образом, авторы обзора Гурова О.Ю. и соавт. делают вывод, что в основе низкой приверженности к базис-болюсной инсулинотерапии лежит множество факторов, и большинство из них связано со страхом развития гипогликемии, болезненностью инъекций, сложностью интеграции инсулинотерапии в режим привычной повседневной деятельности, а также низким уровнем осведомленности больных о своем заболевании, негативным влиянием окружения, депрессией, а также доступностью/стоимостью препаратов [74].

Появление нового класса сахароснижающих препаратов – агонистов глюкагоноподобного рецептора-1 (аГПП-1) - ознаменовало новую эру эффективного лечения не только СД2, но и успешное применение некоторых пре6паратов (семаглутид и лираглутид) для лечения ожирения. Однако, как было показано в ряде исследований, приверженность лечению аГПП-1, который также, как инсулин в подавляющем большинстве случаев назначается в инъекционной форме, оказалась тоже достаточно низкая, что может определяться достаточно частым возникновением нежелательных явлений, включая желудочно-кишечные реакции (диарея, тошнота, рвота) и локальные реакции в местах инъекций, которые, по данным рандомизированных клинических исследований, приводят к отмене терапии у 5% пациентов, а в реальной практике – у 5–10% [85]. Кроме того, стоимость лечения относится к важнейшим факторам, ассоциированным с низкой приверженностью лечению аГПП. Учитывая высокую стоимость этих препаратов самая высокая по сравнению с другими классами ПСП и инсулинотерапией, это определяет их место в структуре назначений в реальной клинической практике: их получают не более 5% пациентов [86].

Низкая осведомленность о своем заболевании, ранее обсуждавшаяся как фактор низкой приверженности лечению инсулином, была выявлена и при терапии аГПП-1. Ощущение отсутствия потребности в лечении явилось самой частой причиной отмены всех вариантов терапии в исследовании, сравнивавшем приверженность терапии различными аГПП-1 и инсулином [87]. Таким образом, несмотря на принципиальные различия между группами сравниваемых препаратов, инъекционный путь введения формирует ряд схожих причин низкой приверженности терапии: обеспокоенность необходимостью постоянных инъекций, страх и тревога на этапе инициации терапии, ощущение отсутствия потребности в продолжении терапии как результат низкой осведомленности о заболевании. В этой связи, обсуждаемые ранее стратегии применения комплексных программ непрерывного обучения и наблюдения видятся общими, как пути преодоления указанных барьеров инъекционной терапии [74].

Литература

1. Деев И.А., Кобякова О.С., Стародубов В.И., и др. Заболеваемость всего населения России в 2023 году: статистические материалы. - М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2024. Доступ по ссылке: https://doi.org/10.21045/978-5-94116-160-7-2024

2. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes—2025. Diabetes Care 2025;48(Suppl. 1):S86–S127 Доступ по ссылке: https://doi.org/10.2337/dc25-S005

3. Carpenter R, DiChiacchio T, Barker K. Interventions for self-management of type 2 diabetes: An integrative review. Int J Nurs Sci. 2018 Dec 14;6(1):70-91.. PMID: 31406872; PMCID: PMC6608673. Доступ по ссылке: https://doi: 10.1016/j.ijnss.2018.12.002

4. Всемирная организация здравоохранения. Семьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 22-28 мая 2022 г. Резолюции и решения. Приложения: Женева, - 2022 г. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75-REC1/A75_REC1_Interactive_ru.pdf

5. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К., Железнякова А.В., Исаков М.А., Кутакова Д.В., Мокрышева Н.Г. Эпидемиология и ключевые клинико-терапевтические показатели сахарного диабета в Российской Федерации в разрезе стратегических целей Всемирной организации здравоохранения. Сахарный диабет. 2025;28(1):4-17. Доступ по ссылке: https://doi.org/10.14341/DM13292

6. Kvarnström K, Westerholm A, Airaksinen M, Liira H. Factors Contributing to Medication Adherence in Patients with a Chronic Condition: A Scoping Review of Qualitative Research. Pharmaceutics. 2021 Jul 20;13(7):1100. doi: 10.3390/pharmaceutics13071100. PMID: 34371791; PMCID: PMC8309154.

7. Kim, YY., Lee, JS., Kang, HJ. et al. Effect of medication adherence on long-term all-cause-mortality and hospitalization for cardiovascular disease in 65,067 newly diagnosed type 2 diabetes patients. Sci Rep 8, 12190 (2018). https://doi.org/10.1038/s41598-018-30740-y

8. Adherence to type 2 diabetes management. Authors Nitisha Khunti University of Leicester Nehal Khunti Kamlesh Khunti DOI: https://doi.org/10.15277/bjd.2019.223Vol. 19 No. 2 (2019): DECEMBER 2019 https://www.bjd-abcd.com/index.php/bjd/article/view/391

9. Калашникова М.Ф., Бондарева И.Б., Лиходей Н.В. Приверженность лечению при сахарном диабете 2-го типа: определение понятия, современные методы оценки пациентами проводимого лечения // Лечащий врач. – 2015. – №3. – С.27-33.

10. American Diabetes Association. The Role of Self-Monitoring of Blood Glucose in the Management of Diabetes. *Diabetes Care*. 2015;38(6):1035-1039. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25621583/

11. McCoy, L., Hurst, M. Self-Monitoring of Blood Glucose in Type 2 Diabetes: A Systematic Review. *Diabetes Care*. 2012;35 (12):2282-2289. https://care.diabetesjournals.org/content/35/12/2282

12. Rhee, M. K., O'Brien, T. Improving Diabetes Management: The Role of Patient Self-Monitoring. *The Lancet*.2017;389(10087):1804-1815. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S014067361731001X

13. Van der Meer, K., et al. The Effect of Self-Monitoring on Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2017; 130:165-171. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168822717301237

14. Etzwiler, D. D., et al. "The Impact of Mobile Health Applications on Diabetes Management: A Systematic Review." *Journal of Diabetes Science and Technology*. 2018. https://doi.org/10.1177/1932296817750607

15. Coyle, D. E., et al. "The Role of Mobile Applications in the Management of Diabetes: A Systematic Review." *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2019. https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.12.017.

16. Thomas, J. G., et al. "The Use of Digital Tools to Support Lifestyle Management in Diabetes: A Systematic Review." *Diabetes Care*. 2020. https://doi.org/10.2337/dc19-1646

17. Петеркова В.А., Аметов А.С., Майоров А.Ю., Галстян Г.Р., Лаптев Д.Н., Черникова Н.А. Резолюция научно-консультативного совета «Применение технологии непрерывного мониторинга

глюкозы с периодическим сканированием в достижении гликемического контроля» // Сахарный диабет. — 2021. — Т. 24. — No2. — С. 185-192. https://doi.org/10.14341/DM12753

18. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета // Сахарный диабет. - 2017. - Т. 20. - №1. - С.13-41. https://doi.org/10.14341/DM8664

19. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К., и др. Сахарный диабет в Российской Федерации: динамика эпидемиологических показателей по данным Федерального регистра сахарного диабета за период 2010-2022 гг. // Сахарный диабет. - 2023. - Т. 26. - №2. - С.104-123. https://doi.org/10.14341/DM13035

20. Kirkman MS, Rowan-Martin MT, Levin R, Fonseca VA, Schmittdiel JA, Herman WH, Aubert RE. Determinants of adherence to diabetes medications: findings from a large pharmacy claims database. Diabetes Care. 2015 Apr;38(4):604-9. doi: 10.2337/dc14-2098. Epub 2015 Jan 8. PMID: 25573883; PMCID: PMC4370331.

21. Khan, R. and K. Socha-Dietrich "Investing in medication adherence improves health outcomes and health system efficiency: Adherence to medicines for diabetes, hypertension, and hyperlipidaemia", OECD Health Working Papers, 2018, No. 105, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/8178962c-en.

22. Skovlund S. E. Patient-reported Assessments in Diabetes Care: Clinical and Research Applications // Current Diabetes Reports. 2005; 5: 115–123.

23. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J ClinHypertens (Greenwich). 2008 May;10 (5):348-54. doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x

24. Sakthong P, Chabunthom R, Charoevisuthiwongs R. Psycho metric properties of the Thai version of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale in patients with type 2 diabetes. Ann Pharmacother. 2009;43:950-7. doi:10.1345/aph.1L453.

25. Moon SJ, Lee WY, Hwang JS. Accuracy of a screening tool for medication adherence: A systematic review and metaanalysis of the Morisky Medication Adherence Scale-8. PLoS One. 2017;12(11):e0187139. doi:10.1371/journal.pone.0187139

26. ЛукинаЮ. В., КутишенкоН. П., МарцевичС. Ю., ДрапкинаО. М. Опросники и шкалы для оценки приверженности к лечению —преимущества и недостатки диагностического метода в научных исследованиях и реальной клинической практике. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – Т. 19. – № 3. – С. 232-239. doi.org/10.15829/1728-8800-2020-2562.

27. Marcus A. Pay up or retract? Survey creator's demands for money rile some health researchers. Washington, DC: ScienceMag.org; 2017. Available at https://www.sciencemag.org/news/2017/09/ pay-or-retract-survey-creators-demands-money-rile-somehealth-researchers

28. Istilli PT, Pereira MC, Teixeira CR, Zanetti ML, Becker TA, Marques JV (2015) Treatment adherence to oral glucose-lowering agents in people with diabetes: Using the Brief Medication Questionnaire. Journal of Diabetes Nursing 19: 340–8

29. Fond G., Boyer L., Boucekine M. et al.; FACE-SZ (FondaMental Academic Centers of Expertise for Schizophrenia) group. Validation study of the Medication Adherence Rating Scale. Results from the FACE-SZ national dataset. Schizophr Res. 2017 Apr;182:84-89. doi: 10.1016/j.schres.2016.10.023.

30. Nau DP, Steinke DT, Williams LK, Austin R, Lafata JE, Divine G, Pladevall M. Adherence analysis using visual analog scale versus claims-based estimation. Ann Pharmacother. 2007 Nov;41(11):1792-7. doi: 10.1345/aph.1K264. Epub 2007 Oct 9. PMID: 17925497.

31. [Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П. с соавт. Приверженность лечению. Российское национальное руководство. Под общей ред. Николаева Н.А., Мартынова А.И., Скирденко Ю.П. М.: Издательский дом Академии Естествознания. 2022; 224 с., илdoi: 10.17513/np.541].

32. Драпкина О.М., Ливзан М.А., Мартынов А.И., Моисеев С.В., Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. [и др.]. Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению: основные положения, алгоритмы и рекомендации //Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2018. – Т. 13. – №. 1-2. – С. 259-271doi.org/10.14300/mnnc.2018.13039

33. Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю. Проблема приверженности в современной медицине: возможности решения, влияние на результативность терапии и исходы заболевания. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2017;13(4):519-524. doi.org/10.20996/1819-6446-2017-13-4-519-524

34. Wild D, Grove A, Martin M, et al. ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Value Health. 2005;8(2):94-104. doi: https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x

35. Епишин В.Е., Калашникова М.Ф., Лиходей Н.В., Бондарева И.Б., Каурова А.М., Тулупова М.В., Николаев Н.А., Фадеев В.В. Адаптация опросника 12-item Medication Adherence Scale (шкала приверженности лечению) на русскоязычной выборке пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа. Проблемы Эндокринологии. 2024;70(4):32-43. https://doi.org/10.14341/probl13372

36. Ueno H, Yamazaki Y, Yonekura Y, at al. Park MJ, Ishikawa H, Kiuchi T. Reliability and validity of a 12-item medication adherence scale for patients with chronic disease in Japan. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):592. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3380-7

37. Clifford, S., Perez-Nieves, M., Skalicky, A. M., Reaney, M., & Coyne, K. S. (2014). A systematic literature review of methodologies used to assess medication adherence in patients with diabetes. Current Medical Research and Opinion, 30(6), 1071–1085. https://doi.org/10.1185/03007995.2014.884491

38. Chan, SJ & Yeo, Hui Yee. (2018). What are the instruments used to measure medication adherence in diabetes mellitus (dm) patients? A targeted literature review. Value in Health. 21. S40. 10.1016/j.jval.2018.07.305.

39. Wibowo MINA, Yasin NM, Kristina SA, Prabandari YS. Exploring of Determinants Factors of Anti-Diabetic Medication Adherence in Several Regions of Asia - A Systematic Review. Patient Prefer Adherence. 2022 Jan 27;16:197-215. doi: 10.2147/PPA.S347079. PMID: 35115768; PMCID: PMC8803611.

40. Oliveira, H.C., Hayashi, D., Carvalho, S.D.L. et al. Quality of measurement properties of medication adherence instruments in cardiovascular diseases and type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. Syst Rev 12, 222 (2023). https://doi.org/10.1186/s13643-023-02340-z.

41. Clifford, S., Perez-Nieves, M., Skalicky, A. M., Reaney, M., & Coyne, K. S. (2014). A systematic literature review of methodologies used to assess medication adherence in patients with diabetes. Current Medical Research and Opinion, 30(6), 1071–1085. https://doi.org/10.1185/03007995.2014.884491.

42. Калашникова МФ, Бондарева ИБ, Лиходей НВ, Сыч ЮП. Анализ удовлетворенности лечением и приверженности терапии пациентов с сахарным диабетом 2-го типа. Альманах клинической медицины. 2020 ;48. doi: 10.18786/20720505202048048.

43. Cramer J. A. A systematic review of adherence with medications for diabetes // Diabetes Care. 2004; 27: 1218–1224.

44. Калашникова М.Ф. Эпидемиологический, фармакоэпидемиологический и клинико-экономический анализ в оценке эффективности оказания медицинской помощи больным сахарным диабетом 2 типа. Дис. Д-ра мед. наук. – М.; 2019.

45. Дедов ИИ, Калашникова МФ, Белоусов ДЮ, Рафальский ВВ, Калашников ВЮ, Колбин АС, Языкова ДР, Иваненко ЛР. Фармакоэпидемиологические аспекты мониторинга здоровья пациентов с сахарным диабетом 2 типа: результаты Российского наблюдательного многоцентрового эпидемиологического исследования ФОРСАЙТ-СД 2. Сахарный диабет. 2016;19(6): 443–56. doi: 10.14341/DM8146.

46. Амирджанова, В. Н., Эрдес Ш. Ф. Валидация русской версии общего опросника EuroQol-5D (EQ-5D). Научно-практическая ревматология. – 2007. – № 45 (3). – С. 69–76. – DOI:10.14412/1995–4484–2007–691.

47. Kalashnikova M.F., Gerasimov A.N., Belousov D.Y., Aboishava E.A., Dedov I.I. Analysis of health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus: results of an epidemiological study FORSIGHT-T2DM. European Congress of Endocrinology, Barselona, Spain. 19-22 May 2018. Endocrine Abstracts (2018) 56 GP91 | DOI: 10.1530/endoabs.56.GP91

48. Концевая А. В., Шальнова С. А., Баланова Ю. А. Качество жизни российской популяции по данным исследования ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2016. – № 15 (5). – С. 84–90.

49. Bradley, C. Diabetes treatment satisfaction questionnaire. Change version for use alongside status version provides appropriate solution where ceiling effects occur / C. Bradley // Diabetes Care. – 1999. – N 22 (3). – P. 530–532.

50. Киштович, А. В. Апробация русскоязычной версии опросника удовлетворенности лечением диабета DTSQ / А. В. Киштович, К. А. Курбатова, Т. И. Ионова // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни. – 2015. – № 25-26. – С. 51–55.

51. Калашникова М.Ф., Бондарева И.Б., Лиходей Н.В., Сыч Ю.П. Анализ удовлетворенности лечением и приверженности терапии пациентов с сахарным диабетом 2-го типа. Альманах клинической медицины. 2020; 48. doi: 10.18786/2072-0505-2020-48-048

52. Mahmoodi MR, Khanjani N. Barriers and Limitations to Obstacle Diabetes Self-Management with a Focus on Nutritional Literacy: Solutions and Opportunities. Critical Review and Research Synthesis. Crit Comm Biomed. 2020;1(1):e10008. doi: 10.18502/ccb.v1i1.2870

53. Hochbaum G, Rosenstock I, Kegels S. Health Belief Model. United States Public Health Service; 1952. Available at http://www.infosihat.gov.my/infosihat/artikelHP/bahanrujukan/HE_DAN_TEORI/. DOC/Health%20Belief%20Model.doc. Accessed October 30, 2017.

54. Sabate E, editor. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva: World Health Organization; 2003.

55. Vermeire E, Wens J, Van Royen P, et al. Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2005(2):CD003638. doi: 10.1002/14651858.CD003638.pub2

56. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, et al. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2008(2):CD000011. doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub3

57. Старостина Е.Г. Биомедицинские и психосоциальные аспекты сахарного диабета и ожирения: взаимодействие врача и пациента и пути его оптимизации: Дис. д-ра мед. наук. – М.; 2003.

58. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 973н от 19 декабря 2016 г. «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта».

59. Лиходей Н.В., Калашникова М.Ф., Лиходей Е.М., Фадеев В.В. Анализ факторов, препятствующих формированию приверженности лечению среди больных сахарным диабетом, и стратегий, способствующих ее повышению // Сахарный диабет. — 2018. — Т. 21. — №1. — С. 5-14. doi: 10.14341/DM878

60. Jin J, Sklar GE, Min Sen Oh V, Chuen Li S. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. Ther Clin Risk Manag. 2008;4(1):269-286.

61. Delamater AM. Improving Patient Adherence. Clin Diabetes. 2006;24(2):71-77. doi: 10.2337/diaclin.24.2.71

62. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1980.

63. Strecher VJ, Champion VL, Rosenstock IM. The health belief model and health behavior. In Gochman DS, editor. Handbook of health behavior research I: Personal and social determinants. New York: Plenum Press; 1997. p. 71-91.

64. Atreja A, Bellam N, Levy SR. Strategies to enhance patient adherence: making it simple. MedGenMed. 2005;7(1):4.

65. DiMatteo MR, Haskard-Zolnierek KB, Martin LR. Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. Health Psychol Rev. 2012;6(1):74-91. doi: 10.1080/17437199.2010.537592

66. Tai LA, Tsai LY, Lin CH, Chiu YC. Depressive symptoms and daily living dependence in older adults with type 2 diabetes mellitus: the mediating role of positive and negative perceived stress. BMC Psychiatry. 2024;24(1):14. doi: https://doi.org/10.1186/s12888-023-05273-y

67. Старостина Е.Г., Володина М.Н., Старостин И.В., Бобров А.Е. Депрессия и сахарный диабет как коморбидные заболевания // РМЖ. — 2017. — №22. — С. 1613-1620.

68. Farooqi A, Gillies C, Sathanapally H, et al. A systematic review and meta-analysis to compare the prevalence of depression between people with and without Type 1 and Type 2 diabetes. Prim Care Diabetes. 2022;16(1):1-10. doi: https://doi.org/10.1016/j.pcd.2021.11.001

69. Fisher L, Mullan JT, Arean P, et al. Diabetes distress but not clinical depression or depressive symptoms is associated with glycemic control in both cross-sectional and longitudinal analyses. Diabetes Care. 2010;33(1):23-8. doi: https://doi.org/10.2337/dc09-1238

70. Skinner TC, Joensen L, Parkin T. Twenty-five years of diabetes distress research. Diabet Med. 2020;37(3):393-400. doi: https://doi.org/10.1111/dme.14157

71. Owens-Gary MD, Zhang X, Jawanda S, et al. The Importance of Addressing Depression and Diabetes Distress in Adults with Type 2 Diabetes. J Gen Intern Med. 2019;34(2):320-324. doi: https://doi.org/10.1007/s11606-018-4705-2

72. Polonsky WH, Fisher L, Earles J, et al. Assessing psychosocial distress in diabetes: development of the diabetes distress scale. Diabetes Care. 2005;28(3):626-31. doi: https://doi.org/10.2337/diacare.28.3.626

73. Лиходей Н.В., Епишин В.Е., Калашникова М.Ф., Каурова А.М., Тулупова М.В., Сыч Ю.П., Бондарева И.Б. Адаптация шкалы The Diabetes Distress Scale (Шкала дистресса при диабете) на русскоязычной выборке пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа. Сахарный диабет. 2024;27(5):429-440. https://doi.org/10.14341/DM13150

74. Гурова О.Ю., Фадеев В.В., Малолеткина Е.С. Инъекционная терапия при сахарном диабете 2 типа: существуют ли эффективные способы повышения приверженности лечению? // Сахарный диабет. — 2018. — Т. 21. — №6. — С. 524-533. doi: 10.14341/DM9603

75. Polonsky WH, Hajos TR, Dain MP, Snoek FJ. Are patients with type 2 diabetes reluctant to start insulin therapy? An examination of the scope and underpinnings of psychological insulin resis tance in a large, international population. Curr Med Res Opin. 2011;27(6):1169-1174. doi: 10.1185/03007995.2011.573623

76. Iversen MM, Nefs G, Tell GS, et al. Anxiety, depression and timing of insulin treatment among people with type 2 diabetes: Nine-year follow-up of the Nord-Trondelag Health Study, Norway. J Psychosom Res. 2015;79(4):309-315. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.07.004

77. Khunti K, Wolden ML, Thorsted BL, et al. Clinical inertia in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study of more than 80,000 people. Diabetes Care. 2013;36(11):3411-3417. doi: 10.2337/dc13-0331

78. Peyrot M, Barnett AH, Meneghini LF, Schumm-Draeger PM. Insulin adherence behaviours and barriers in the multinational Global Atti tudes of Patients and Physicians in Insulin Therapy study. Diabet Med. 2012;29(5):682-689. doi: 10.1111/j.1464-5491.2012.03605.x

79. Rubin RR, Peyrot M, Kruger DF, Travis LB. Barriers to insulin injection therapy: patient and health care provider perspectives. Diabetes Educ. 2009;35(6):1014-1022. doi: 10.1177/0145721709345773

80. Schaper NC, Nikolajsen A, Sandberg A, et al. Timing of Insulin Injec tions, Adherence, and Glycemic Control in a Multinational Sample of People with Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Analysis. Diabetes Ther. 2017;8(6):1319-1329. doi: 10.1007/s13300-017-0317-9

81. Ortiz LG, Berry DC, Ruiz OC, et al. Understanding basic carbohydrate counting, glycemic index, and glycemic load for improved glycemic control in Hispanic patients with type 2 diabetes mellitus. Hisp Health Care Int. 2014;12(3):138-145. doi: 10.1891/1540-4153.12.3.138

82. Vidal Flor M, Jansa Morato M, Galindo Rubio M, Penalba Mar tinez M. Factors associated to adherence to blood glucose self-monitoring in patients with diabetes treated with insulin. The dapa study. Endocrinol Diabetes Nutr. 2018;65(2):99-106. doi: 10.1016/j.endinu.2017.10.005

83. Farsaei S, Radfar M, Heydari Z, et al. Insulin adherence in patients with diabetes: risk factors for injection omission. Prim Care Diabetes. 2014;8(4):338-345. doi: 10.1016/j.pcd.2014.03.001

84. Yavuz DG, Bilen H, Sancak S, et al. Impact of telephonic interviews on persistence and daily adherence to insulin treatment in insulin-naive type 2 diabetes patients: dropout study. Patient Prefer Adherence. 2016;10:851-861. doi: 10.2147/PPA.S100626

85. Cefalu WT, Buse JB, Del Prato S, et al. Beyond metformin: safety considerations in the decision-making process for selecting a second medication for type 2 diabetes management: refl ections from a dia betes care editors' expert forum. Diabetes Care. 2014;37(9):2647-2659. doi: 10.2337/dc14-1395

86. Lipska KJ, Yao X, Herrin J, et al. Trends in Drug Utilization, Glycemic Control, and Rates of Severe Hypoglycemia, 2006-2013. Diabetes Care. 2017;40(4):468-475. doi: 10.2337/dc16-0985

87. Spain CV, Wright JJ, Hahn RM, et al. Self-reported Barriers to Adherence and Persistence to Treatment With Injectable Medica tions for Type 2 Diabetes. Clin Ther. 2016;38(7):1653-1664 e1651. doi: 10.1016/j.clinthera.2016.05.009

6П-ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

Берковская М. А.., Гурова О. Ю., Георгиади М. В.

Приверженность лечению больных ожирением и характеристика влияющих на неё факторов

Ожирение – это многофакторное хроническое заболевание, характеризующееся избыточным накоплением жировой ткани, что приводит к повышенному риску развития сердечно-сосудистых, метаболических, эндокринных и других заболеваний. Ожирение является серьезной и одной из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения во многих странах мира, включая Россию.

По оценке Всемирной организации здравоохранения, (ВОЗ), ожирением страдают более миллиарда человек в мире, или каждый восьмой житель планеты, но распространенность заболевания продолжает расти. Начиная с 1990 года, количество взрослых с ожирением увеличилось более чем в два раза, тогда как среди детей и подростков (в возрастной группе от 5 до 19 лет) этот показатель вырос почти вчетверо [1, 2]. Согласно исследованию Вашингтонского университета, Global Burden of Disease (Глобальное Бремя Болезней), 43 процента взрослых людей в мире имеют избыточный вес, причем примерно треть населения мира, страдающего от ожирения, проживает всего в 5 странах: США, Китай, Бразилия, Индия и Россия [3]. По результатам исследования NATION в РФ на 2016 год избыточный вес отмечался у 62% населения, а ожирение было диагностировано у 26,2% [4]. Несмотря на наличие эффективных и доступных методов лечения, включая диетотерапию, физическую активность, фармакотерапию и бариатрическую хирургию, долгосрочные результаты часто оказываются неудовлетворительными из-за низкой приверженности пациентов терапии.

Под приверженностью лечению понимают способность пациента следовать рекомендациям врача. В контексте ожирения она включает соблюдение режима питания, регулярную физическую активность, прием препаратов и посещение контрольных осмотров. Низкая приверженность приводит к неэффективности лечения, рецидивам, ухудшению состояния здоровья и прогрессированию сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, артериальная гипертония), а также увеличению затрат на здравоохранение.

Приверженность терапии ожирения остается достаточно низкой, что подтверждает необходимость проведения различных мероприятий, направленных на улучшение показателя. Это связано как с объективными трудностями (например, необходимость длительного соблюдения диеты), так и с субъективными факторами (мотивация, психологические барьеры). По данным мета-анализа 27 исследований, общий показатель приверженности терапии для снижения веса составляет около 60,5% (95% ДИ: 53,6-67,2). Показатели приверженности конкретным методам лечения варьируются в широких пределах - от 10 % до 99,5 %, в зависимости от способа лечения и дизайна исследования [5].

Огромный вклад в лечение ожирения и поддержание достигнутых результатов вносит диетотерапия. Систематическое следование диете со сниженной калорийностью является основным предиктором успеха терапии. Важно отметить, что различные типы диет имеют сопоставимые результаты и равноэффективны при соблюдении главного принципа диетотерапии - ограничения общей калорийности питания [6]. Тем не менее, по данным исследований статистика приверженности диетотерапии остается низкой. В рандомизированном контролируемом исследовании (DIRECT), проведенном в течение двух лет, полное соблюдение диеты снизилось с 81% в первый месяц до 57% в 24-й месяц [7]. Низкий уровень приверженности диете вызывает большое количество рецидивов, ухудшает качество жизни и прогноз пациента [8].

Следует отметить, что уровень приверженности различным типам диет не имеет существенных отличий, но может незначительно варьировать в зависимости от эффективности диетотерапии, скорости и степени снижения веса [9]. Наиболее высокую приверженность имеет низкоуглеводная диета: согласно результатам 6-месячного исследования показатель был 83% [10, 11].

Другой неотъемлемой частью лечения ожирения и поддержания массы тела является физическая активность. Помимо уменьшения количества висцерального жира и снижения массы тела, физическая нагрузка служит профилактикой связанных с ожирением осложнений: снижает АД, повышает толерантность к глюкозе, чувствительность к инсулину, улучшает липидный профиль. Однако для достижения положительных результатов необходимо соблюдение режима физической активности и высокий уровень приверженности лечению, который, по данным клинических исследований, имеет значительную степень вариации от 18 до 99% [12]. В США, по результатам анализа ответов 159 671 респондентов в Национальном исследовании состояния здоровья (National Health Interview Survey, NHIS), соблюдение рекомендаций по физической активности среди взрослых с ожирением увеличилось ($p < 0,001$) с 9,4 % в 1997 году до 15,0 % в 2018 году (5.6 [95% CI, 4.2 to 7.0]), но остается низким: менее 2 из 10 взрослых соблюдают рекомендуемые уровни аэробной и силовой нагрузки [13].

При невозможности достижения клинически значимого снижения веса за счет немедикаментозной терапии, назначают лекарственные препараты, зарегистрированные для лечения ожирения. В случае наличия осложнений или тяжелой стадии течения ожирения медикаментозная терапия может назначаться сразу. Оценку эффективности лекарственной терапии проводят спустя 3 месяца после начала лечения, однако по данным ретроспективного исследования базы данных the Optum Integrated Clinical plus Claims 91,1% пациентов демонстрировали первичную неприверженность (ПНП), то есть не принимали вновь назначенное лекарственное средство в течение 60 дней. Только около 8,9 % пациентов начали фармакотерапию по назначению врача. Показатели приверженности через 4 месяца составили около 25 %, а через 12 месяцев снизились до менее чем 2 %, что свидетельствует о критически низком уровне приверженности медикаментозной терапии ожирения [14]. По результатам другой работы, уровень приверженности лекарственной терапии орлистатом, лираглутидом, семаглутидом, налтрексоном-бупропионом через 3 месяца составлял 44%, через 6 месяцев - 33%, а через 12 месяцев от начала терапии снижался до 19% [15]. Согласно когортному исследованию лечения семаглутидом, приверженность терапии после первой дозы семаглутида составляла 94%, тем не менее даже высокая эффективность агонистов ГПП-1 не обеспечивает высокого уровня приверженности лечению через 1 год после начала приема лекарственных средств [16, 17, 18]. В целом наблюдается следующая тенденция: новые агонисты ГПП-1 демонстрируют более высокую приверженность благодаря выраженному терапевтическому эффекту и хорошей переносимости [19].

Степень приверженности лечению ожирения значительно варьирует в разных странах и зависит от множества факторов, включая организацию системы здравоохранения, наличие государственных программ и уровень информированности населения. В США, согласно данным Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC, 2023), более 70% пациентов с ожирением не соблюдают рекомендации по лечению более шести месяцев, что существенно снижает эффективность терапии и увеличивает риск развития осложнений. В Европе ситуация более благоприятная: в странах Скандинавии показатели приверженности достигают высоких значений, что связывают с активным внедрением государственных программ, направленных на профилактику и лечение ожирения [20]. В то же время в более южных странах, таких как Италия, Испания, высокую приверженность соблюдают только 22% и 11% респондентов соответственно [21]. В России, по оценкам экспертов, уровень приверженности терапии составляет примерно 20–30% [22]. Эти данные свидетельствуют о необходимости развития системных мер, повышения мотивации пациентов и внедрения комплексных программ, направленных на повышение приверженности лечению, что является ключевым фактором успешного снижения распространенности ожирения и его осложнений.

Существует ряд факторов, влияющих на уровень приверженности пациентов лечению ожирения. Наиболее частые причины низкого комплаенса можно разделить на несколько групп: психологические барьеры, социально-экономические факторы и медицинские аспекты [23]. Ключевую роль в формировании приверженности играет внутренняя мотивация пациента. Неудовлетворительный уровень приверженности лечению ожирения может быть обусловлен психологическим дискомфортом, связанным с необходимостью изменить привычный образ жизни, а также когнитивными искажениями и убежденностью в отсутствии эффективности лечения.

В двух крупных систематических литературных обзорах были проанализированы клинические исследования, опубликованные в 7 базах данных с 2001 по 2016 год, о корреляции между стигмой и отношением к терапии ожирения, в результате чего было показано, что стигматизация веса связана с усилением депрессии, тревоги, неудовлетворенности своим телом, низкой самооценкой и негативным отношением к своему весу [24, 25]. Это психологическое бремя снижает мотивацию и вовлеченность в процесс лечения. Стресс, депрессия и другие психологические проблемы снижают способность пациента соблюдать рекомендации врача. Рандомизированное клиническое исследование the Integrated Coaching for Better Mood and Weight (I-CARE), анализирующее такие методы лечения, как терапия решения проблем (ТРП), прием антидепрессантов и поведенческая терапию снижения веса, показало улучшение симптомов депрессии и тревоги наряду с усилиями по пропаганде здорового питания и физической активности. Тем не менее, во время пандемии COVID-19 были отмечены проблемы с соблюдением режима и снижением веса, что подчеркивает сложность лечения коморбидной депрессии и ожирения [26]. В систематических обзорах подчеркивается, что депрессия является значительным препятствием для участия в программах снижения веса, причем среди людей с депрессивными симптомами наблюдаются более низкие показатели приверженности [5, 23].

Отдельную роль в достижении приверженности играет осведомленность пациентов о своем заболевании и способах его контроля. Пациенты, лучше осведомленные об ожирении как хроническом заболевании, его последствиях для здоровья и вариантах лечения, с большей вероятностью начнут и будут продолжать лечение, включая изменение образа жизни и медикаментозное лечение [27].

Среди медицинских аспектов, снижающих уровень приверженности терапии, выделяют побочные эффекты препаратов, сопутствующие заболевания и медленный

прогресс. В качестве наиболее частых нежелательных эффектов лекарственных средств, заставляющих пациентов отказываться от лечения, упоминаются стеаторея и метеоризм при приеме орлистата, диспептические явления - агонистов ГПП-1, головная боль и сухость во рту - сибутрамина [28, 29, 30].

Важную роль в достижении высокого показателя приверженности играют социально-экономический статус (SES). Доступность ресурсов, необходимых для похудения, определяется стоимостью медицинских препаратов, продуктов здорового питания, абонемента в спортзал, что тесно связано с финансовыми возможностями каждого пациента. Пациенты с низким SES имеют более низкую приверженность к лечению ожирения, включая немедикаментозные и фармакологические методы терапии. Это связано с ограниченным доступом к специализированной медицинской помощи, финансовыми барьерами, транспортными трудностями, нехваткой времени из-за работы, а также с ограниченным доступом к здоровой пище [31, 32]. В США пациенты без страховки и с государственной страховкой (Medicaid) в 2 раза чаще бросают терапию, чем с частной страховкой.

Социальная поддержка в значительной степени определяет желание пациентов следовать рекомендациям по лечению. Поддержка семьи, друзей и медицинского персонала помогает пациентам преодолевать трудности и поддерживать здоровый образ жизни. В 4-месячной онлайн-программе потери веса эмоционально-информационная поддержка (предоставление поощрения и советов) и ласковая поддержка (выражение любви и заботы) были связаны с более низким потреблением калорий и лучшей приверженностью [33].

Таким образом, многообразие факторов, влияющих на степень приверженности лечению ожирения, определяет необходимость в использовании разнообразных методов оценки данного показателя, которые будут рассмотрены в следующей главе.

Методы оценки приверженности лечению больных ожирением

Точная оценка приверженности лечению больных ожирением остается сложной задачей из-за субъективности данных и многообразия факторов, влияющих на соблюдение рекомендаций.

Для измерения приверженности используются как субъективные, так и объективные методы исследования, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки. Тем не менее, универсального инструмента и алгоритма оценки приверженности не существует, в связи с чем врачам необходимо знать и уметь использовать разные методы в зависимости от индивидуальных особенностей терапии, а также учитывать культурные различия населения разных стран.

Среди субъективных методов важная роль отводится стандартизированным опросникам и анкетированию. Это наиболее доступный и распространенный способ отслеживания уровня приверженности.

К общим преимуществам использования опросников для оценки приверженности терапии можно отнести мониторинг динамики: отслеживание изменений в приверженности с течением времени. На основании результатов опроса можно выявить причины невыполнения рекомендаций, что помогает понять внутренние и внешние барьеры. Использование анкетирования позволяет персонализировать терапию и скорректировать подход к лечению на основании полученных данных. Одним из главных преимуществ использования опросников для анализа уровня приверженности

является простота метода и быстрота применения. В дополнение ко всему вышеперечисленному, опросники несут исследовательскую ценность и позволяют собирать стандартизированные данные для научных целей. Нельзя не отметить низкую стоимость данного метода оценки, что имеет большую роль для системы здравоохранения.

При анализе приверженности лечению ожирения с использованием опросников исследователи сталкиваются с рядом методологических ограничений. Во-первых, субъективность ответов может искажаться из-за эффекта социальной желательности, когда пациенты стремятся представить себя в более благоприятном свете, завышая данные о соблюдении рекомендаций. Во-вторых, недостаточная честность респондентов приводит к сознательному или бессознательному сокрытию низкой приверженности, особенно если пациенты опасаются осуждения со стороны врача. Третья проблема — ограниченная валидность многих анкет, которые не всегда учитывают культурные и языковые особенности, что требует дополнительной адаптации инструментов для разных популяций. Кроме того, заполнение опросников требует времени и усилий, что может быть затруднительно в условиях ограниченного времени приема или низкой мотивации пациентов. Наконец, ключевое ограничение заключается в том, что анкеты оценивают лишь субъективное восприятие пациентами своего поведения, а не фактическое соблюдение рекомендаций, таких как прием препаратов, изменение рациона или физической активности. Эти факторы снижают надежность данных и подчеркивают необходимость дополнения опросников объективными методами мониторинга, например, электронными дневниками питания, трекерами активности или биомаркерами.

Рассмотрим наиболее часто применяемые общие и специализированные опросники для оценки приверженности терапии ожирения.

Шкалы приверженности лечению, адаптированные для лечения ожирения

Шкала приверженности лечению (Medication Adherence Report Scale, MAS-12) - опросник из 12 пунктов, адаптированный с точки зрения языка и культуры для оценки приверженности лечению, в том числе в контексте лечения ожирения. Он оценивает несколько аспектов терапии, такие как прием лекарств, знания и препятствия к приверженности лечению. Русскоязычная версия опросника MAS-12, состоящая из 10 вопросов, является валидным и надежным инструментом оценки приверженности к медикаментозному лечению и рекомендована для использования в клинической практике в России [34].

Шкала отчета о приверженности лечению (Medication Adherence Report Scale, MARS-5) - первоначально разработанная для приверженности приему витаминов и минеральных добавок после бариатрической операции, MARS-5 обладает приемлемыми психометрическими свойствами и может применяться для оценки приверженности лечению при фармакотерапии ожирения [35].

Шкала оценки приверженности лечению Пателя - шкала из 9 пунктов, разработанная для выявления факторов, приводящих к несоблюдению режима лечения, включая визиты к врачу, лекарственную терапию, пропуск приема доз, побочные эффекты и убеждения. Она классифицирует приверженность на низкую, среднюю и высокую на основе оценок, что позволяет проводить целевое консультирование для улучшения приверженности [36].

Шкала Мориски-Грина (Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-8) — это популярный инструмент для оценки приверженности пациентов медикаментозной терапии, включающий восемь вопросов о пропуске доз, самостоятельной коррекции лечения и других аспектах соблюдения терапии.

Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) - метод количественной оценки приверженности лечению больных хроническими заболеваниями, состоящий из 25 вопросов. Алгоритм обработки данных включает последовательное выполнение двух аналитических этапов, включающих оценку значимости фармакотерапии, медицинского наблюдения и коррекции образа жизни, и три параметра готовности к указанным вмешательствам. В качестве иллюстрации применения данного опросника можно привести исследование, опубликованное в Вестнике современной клинической медицины, в котором оценивалась приверженность ожирению в проспективном наблюдении. По результатам данного исследования общая приверженность лечению составила 64,9% (n=61), приверженность модификации образа жизни – 53,2 (n=50), приверженность лекарственной терапии – 64,9% (n=61), приверженность медицинскому сопровождению – 47,9% (n=45) [37].

Шкалы комплексной приверженности лечению

Шкала комплексной приверженности лечению (Comprehensive Treatment Adherence Scale, CTAS) - разработанная для хронических заболеваний, таких как сахарный диабет 2 типа, но адаптируемая для терапии ожирения, CTAS охватывает множество областей помимо приема лекарств, включая диету, физическую активность, самоконтроль, консультации врача и скрининг на наличие осложнений. Она использует многодоменный опросник для комплексной оценки приверженности. Шкала продемонстрировала хорошую надежность (α Кронбаха = 0,829) и может классифицировать приверженность как плохую, неудовлетворительную, удовлетворительную или отличную [38].

Психологические и поведенческие показатели, специфичные для ожирения

Показатель симптомов, связанных с весом (Weight-Related Symptom Measure, WRSM) - инструмент из 20 пунктов для оценки симптомов, связанных с ожирением, и воздействия лечения, включая психологические и поведенческие аспекты, влияющие на приверженность [39].

Голландский опросник пищевого поведения (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ) - опросник, разработанный в 1986 году нидерландскими психологами для диагностики ограничительного, эмоционального и внешнего типов пищевого поведения. Целью его создания было получить удобный и надежный инструмент, позволяющий качественно и количественно оценивать нарушения пищевого поведения, связанные с перееданием и ожирением, а также разрабатывать индивидуальные стратегии клинического вмешательства для пациентов [40].

Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R18) — это сокращенная версия классического опросника для оценки психологических аспектов пищевого поведения у пациентов с ожирением и расстройствами питания. Опросник включает 18 вопросов, распределенных по трем субшкалам: когнитивное ограничение в еде, неконтролируемое питание и эмоциональное переедание. Он помогает выявить склонности к диетическим ограничениям, перееданию под внешним воздействием и использованию

пищи для регуляции эмоций. TFEQ-R18 прошел психометрическую валидацию, обладает хорошей внутренней согласованностью (α=0,75-0,85 для разных субшкал) и удобен для клинического применения. Его основная ценность заключается в выявлении типов нарушенного пищевого поведения, прогнозировании риска рецидива после снижения веса и адаптации подходов к диетотерапии [41].

Анкеты физической активности (IPAQ, Global Physical Activity Questionnaire) — это стандартизированные инструменты для оценки уровня двигательной активности, включающие данные о продолжительности и интенсивности физической активности, в том числе ходьбу, умеренные и интенсивные нагрузки, а также время, проведенное сидя. Они классифицируют пациентов по уровням активности и выявляют недостаточную физическую активность как фактор риска [42].

Таким образом, несмотря на большое количество общих и специализированных опросников, оценивающих различные аспекты приверженности лечению ожирения, эти инструменты должны использоваться в сочетании с другими методами оценки для минимизации ошибок, связанных с субъективностью самоотчетов.

Другим субъективным методом оценки приверженности терапии ожирения является клиническое интервью [5, 43]. Метод включает уточняющие вопросы врача о питании, приеме препаратов и физической активности, что позволяет выявить скрытые барьеры (финансовые трудности, побочные эффекты). Наблюдение за поведением пациента во время консультации дополняет оценку, помогая обнаружить признаки низкой приверженности. Однако эффективность метода зависит от честности пациента и коммуникативных навыков врача, что ограничивает его объективность.

Объективные методы оценки приверженности лечению ожирения включают измерение антропометрических параметров и анализ лабораторных маркеров, электронный мониторинг, а также дневники питания и активности. Данные способы обеспечивают высокую точность данных, но требуют ресурсных затрат. Их главное преимущество — минимизация субъективных искажений, однако эффективность зависит от технологической доступности и соблюдения протоколов. Далее в статье будут рассмотрены преимущества и недостатки основных объективных методов оценки.

Лабораторная диагностика предлагает два подхода: прямое определение концентрации препаратов (например, орлистата в плазме) и анализ косвенных показателей метаболизма (гликемический профиль, липидный спектр). Хроматографические методы демонстрируют специфичность 92-95% при мониторинге фармакотерапии, тогда как метаболические маркеры обладают прогностической ценностью в отношении соблюдения диетических рекомендаций. К существенным ограничениям относятся инвазивность процедур и высокая стоимость высокоточных анализов (HPLC-MS). Приверженности медикаментозному лечению обределяется при помощи двух показателей: постоянства и пропорции охваченных дней (PDC). PDC рассчитывает процент дней, в течение которых пациент может принимать лекарства. Показатель PDC ≥80% обычно определяет приверженность. В реальных исследованиях агонистов рецепторов GLP-1 для лечения ожирения отмечается низкий уровень приверженности (~27% приверженцев в течение 1 года) [44]. Приверженность измеряется продолжительностью лечения без существенных перерывов (например, без перерывов ≥60 дней). В фармакотерапии ожирения показатели приверженности часто резко снижаются с течением времени.

Систематическое измерение антропометрических параметров (ИМТ, окружность талии) стандартизированными методами обеспечивает объективную оценку

эффективности терапии. Протоколы ВОЗ рекомендуют ежемесячный контроль с использованием калиброванного оборудования, что позволяет выявлять даже минимальные (2-3%) изменения состава тела.

Современные технологии, включая умные весы (Withings), фитнес-трекеры (Fitbit) и мобильные приложения (MyFitnessPal, Noom), обеспечивают непрерывный сбор данных о динамике массы тела, физической активности и пищевом поведении. Особого внимания заслуживают системы электронного мониторинга приема лекарств (MEMS), фиксирующие временные параметры открытия контейнеров с препаратами. Основные преимущества включают высокую точность измерений и возможность телемедицинского наблюдения [45]. Однако методологическими ограничениями являются необходимость технологической компетентности пациентов и потенциальные риски нарушения конфиденциальности данных.

Структурированные дневники питания, физической активности и приема лекарственных средств, заполняемые по протоколу 24-часового воспроизведения, обеспечивают качественный анализ поведенческих паттернов [5, 43]. Частый самоконтроль определяет большую потерю веса и считается важным показателем приверженности лечению.

Оптимальная стратегия предполагает комбинацию опросников, анализа лабораторных показателей, антропометрии и ведения дневников самоконтроля, что позволит достигнуть наиболее высоких показателей приверженности, сохранить в долгосрочной перспективе результаты лечения и минимизировать риски возникновения осложнений.

Стратегии повышения приверженности лечению ожирения

Повышение приверженности терапии ожирения требует комплексного мультимодального подхода, включающего медицинские, психологические и технологические компоненты. Основополагающим элементом является персонализация лечения, основанная на адаптации диетических рекомендаций с учетом вкусовых предпочтений и образа жизни пациента, планировании физической активности согласно функциональному статусу, а также индивидуальном подборе фармакотерапии с минимизацией побочных эффектов. Лечение начинается с изменения образа жизни и поведения (диета, физическая активность, поведенческая терапия) и переходит к медикаментозной терапии, эндоскопическим процедурам или бариатрической хирургии на основе ИМТ, сопутствующих заболеваний и эффективности предыдущего лечения. Персонализированная помощь подразумевает корректировку этого алгоритма в соответствии с характеристиками пациента и реакцией на лечение [46]. В дальнейшем может возрасти роль стратификации на основе биологических маркеров («Омикс»): использование геномики, эпигеномики, транскриптомики, микробиомики и других высокопроизводительных технологий для определения фенотипов ожирения и прогнозирования индивидуальных реакций на терапию.

Важным инструментом для повышения приверженности лечению служит мотивационное интервью (MI), направленное на выявление внутренних мотивов пациента и формирование устойчивых поведенческих паттернов. Основная цель — стимулирование осознания пациентом собственной ответственности за изменения своего поведения и здоровья. Этот подход позволяет мягко и эффективно направить пациента к осознанию необходимости перемен и выработке внутренней мотивации. MI

основывается на открытых вопросах, эмпатии и поддержке автономии пациента, помогая ему самостоятельно прийти к решению изменить свое поведение [47]. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) помогает скорректировать дисфункциональные установки, а также нормализовать пищевое поведение [48]. Мета-анализ рандомизированных контролируемых исследований подтверждает значительное улучшение приверженности лечению ожирения с помощью поведенческой терапии (M = 17.63 (95% confidence interval (CI) = 10.77, 24.50), z =5.0337, P < 0.0001 and M = 105.98 (95% CI = 58.64, 153.32), z =4.3878, P < 0.0001, respectively).

Психосоциальная поддержка реализуется через организацию групповых форматов взаимодействия, включая как оффлайн, так и онлайн сообщества. Создание группы поддержки среди пациентов способствует обмену опытом и взаимной поддержке, снижая чувство изоляции и формируя чувства ответственности и мотивации [49].

Важную роль играет медицинское просвещение пациентов и информационная поддержка. Регулярные консультации специалистов, предоставление печатных материалов и проведение групповых занятий повышают осведомленность пациентов.

Современные цифровые инструменты стали неотъемлемой частью управления терапией ожирения, значительно улучшая контроль за соблюдением рекомендаций и обеспечивая постоянную обратную связь между пациентом и врачом. Среди ключевых технологических решений особое место занимают мобильные приложения, предлагающие широкий функционал: от трекинга питания (MyFitnessPal) и напоминаний о приеме лекарств (Medisafe) до элементов геймификации, мотивирующих пользователей через систему наград за достижение целей [50]. В 12-месячном рандомизированном контролируемом исследовании Track лечение с применением цифровых технологий привело к большему снижению веса по сравнению с обычным лечением через 6 месяцев (чистый эффект: -4,4 кг, 95% ДИ= -5,5, -3,3, p<0,001) и 12 месяцев (чистый эффект: -3,8 кг, 95% ДИ=-5,0, -2,5, p<0,001). Участники вмешательства чаще теряли ≥5% от исходного веса через 6 месяцев (43% против 6%, p<0,001) и 12 месяцев (40% против 17%, p<0,001) [51]. Наиболее популярными зарубежными приложениями, используемыми для контроля лечения ожирения, являются Digital Therapy for Obesity (DTxO), Oviva Direkt für Adipositas, SmartBWL, Zanadio [52, 53, 54, 55]

Еще одним перспективным направлением является телемедицина, включающая онлайн-консультации с диетологами, автоматизированные чат-боты с напоминаниями и удаленный мониторинг показателей здоровья [56, 57, 58]. Этот формат особенно важен для пациентов с плотным графиком, так как снижает количество пропущенных визитов и упрощает доступ к медицинской помощи. В одном из исследований 43–45% участников телемедицинских программ достигли потери веса ≥5% от исходной массы тела через 6–12 месяцев, что значительно превышает показатели обычного ухода [58].

Современные подходы к повышению приверженности лечению ожирения включают ряд перспективных направлений, среди которых выделяются следующие.

Предиктивные алгоритмы на основе искусственного интеллекта (ИИ) позволяют обрабатывать большие объемы данных и применять технологии машинного обучения для выявления индивидуальных факторов риска неэффективности лечения [59]. Эти алгоритмы способствуют персонализации терапии, оптимизируя выбор лекарств, диетических рекомендаций и физических нагрузок индивидуально для каждого пациента [60, 61]. Таким образом, становится возможным раннее выявление рисков рецидива заболевания и адаптация стратегий лечения.

Еще одним инновационным методом является использование VR-технологий для поведенческого тренинга. В рандомизированном контролируемом исследовании с участием 96 пациентов с ожирением (ИМТ >30) оценивалась эффективность VR-инструмента, использующего техники воплощения и "смены тела" (body-swapping). Экспериментальная группа участвовала в виртуальном общении с использованием платформы ConVRself, что способствовало улучшению готовности к изменениям, снижению ИМТ, улучшению пищевых привычек, физической активности и психологического благополучия [62]. Благодаря созданию иммерсивной среды, пациенты могут практиковаться в контроле аппетита, освоении техник борьбы со стрессом и формировании положительных ассоциаций с занятиями спортом [63]. Это способствует формированию здоровых пищевых привычек и развитию психологической устойчивости, повышая уровень удовлетворения лечением.

Важным направлением является разработка мультидисплинарных протоколов ведения, предполагающих интеграцию усилий разных медицинских специалистов, включая эндокринологов, диетологов, психологов, реабилитологов и врачей лечебной физической культуры, а также социальных работников [46]. Такой комплексный подход обеспечивает всестороннюю поддержку пациента на каждом этапе лечения, начиная от диагностики метаболического статуса и подбора индивидуальной программы снижения веса до мониторинга эффективности, и коррекции вмешательств.

Таким образом, современная парадигма управления приверженностью предполагает согласованность персонализированной медицины, цифровых технологий и психосоциальной поддержки. Применение указанных технологий и методик значительно повышает шансы на успешность лечения ожирения, снижает вероятность рецидивов и улучшает качество жизни пациентов.

Заключение

Анализ существующих исследований показывает, что менее половины пациентов способны придерживаться назначенной терапии дольше одного года. Главными причинами нарушения приверженности являются побочные эффекты используемых медикаментов, наличие депрессии и стигматизации, связанных с лишним весом, а также ограниченность ресурсов и возможностей соблюдать диету и вести активный образ жизни.

Решение проблемы низкой приверженности лечению ожирения требует разработки и внедрения комплексной системы помощи, объединяющей медицинскую, психологическую и технологическую составляющие. Только путем тщательного анализа потребностей пациента, постоянного сопровождения и грамотного использования новейших инструментов возможно добиться значимых улучшений в результатах терапии. Необходимым фактором для повышения приверженности является также междисциплинарное сотрудничество специалистов разного профиля.

Важнейшую роль играет персонализированная терапия. Каждый случай ожирения уникален, поэтому важно учитывать особенности организма пациента, степень мотивации, социально-психологический статус и другие аспекты. Постоянная работа с пациентом необходима для поддержания позитивного настроя и предотвращения рецидивов набора веса.

Поддержка пациентов должна включать образовательные мероприятия, направленные на информирование о природе заболевания, принципах правильного

питания и важности физической активности. Использование современной техники и информационных технологий способно значительно облегчить мониторинг и контроль соблюдения режима лечения.

Особое значение приобретает использование искусственного интеллекта для предсказания возможных нарушений терапии и автоматического введения соответствующих корректировок. Исследования последних лет демонстрируют высокий потенциал подобных решений в области здравоохранения, позволяя создать инструменты, способные значительно повысить качество оказания медицинской помощи людям с ожирением.

Литература

1. Всемирная организация здравоохранения. Ожирение и избыточный вес. Информационный бюллетень ВОЗ от 7 мая 2025 г. https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

2. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. Lancet. 2024 Mar 16;403(10431):1027-1050. doi: 10.1016/S0140-6736(23)02750-2. Epub 2024 Feb 29. PMID: 38432237; PMCID: PMC7615769.

3. GBD 2021 Adult BMI Collaborators. Global, regional, and national prevalence of adult overweight and obesity, 1990-2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet. 2025 Mar 8;405(10481):813-838. doi: 10.1016/S0140-6736(25)00355-1. Epub 2025 Mar 3. PMID: 40049186; PMCID: PMC11920007.

4. Дедов И.И., Шестакова М.В., Галстян Г.Р. Распространенность сахарного диабета 2 типа у взрослого населения России (исследование NATION). Сахарный диабет. 2016;19(2):104-112

5. Lemstra M, Bird Y, Nwankwo C, Rogers M, Moraros J. Weight loss intervention adherence and factors promoting adherence: a meta-analysis. Patient Prefer Adherence. 2016 Aug 12;10:1547-59. doi: 10.2147/PPA.S103649. PMID: 27574404; PMCID: PMC4990387.

6. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология: Национальное руководство / Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018.

7. Greenberg I, Stampfer MJ, Schwarzfuchs D, Shai I; DIRECT Group. Adherence and success in long-term weight loss diets: the dietary intervention randomized controlled trial (DIRECT). J Am Coll Nutr. 2009 Apr;28(2):159-68. doi: 10.1080/07315724.2009.10719767. PMID: 19828901.

8. Гусейнова Р.М., Доровских А.В., Васюкова О.В., Шестакова Е.А., Окороков П.Л., Мокрышева Н.Г. Причины рецидива ожирения после снижения массы тела. Проблемы Эндокринологии. 2024;70(3):67-73. https://doi.org/10.14341/probl13275

9. Liao T, Su J, Quan T, Luo Y, Zeng Y, Chen D, Tang H. The impact of 3 different dietary interventions on overweight or obese adults: A network meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2024 Oct 18;103(42):e39749. doi: 10.1097/MD.0000000000039749. PMID: 39432649; PMCID: PMC11495794.

10. Johnston BC, Kanters S, Bandayrel K, Wu P, Naji F, Siemieniuk RA, Ball GD, Busse JW, Thorlund K, Guyatt G, Jansen JP, Mills EJ. Comparison of weight loss among named diet programs in overweight and obese adults: a meta-analysis. JAMA. 2014 Sep 3;312(9):923-33. doi: 10.1001/jama.2014.10397. PMID: 25182101.

11. Jabbour J, Rihawi Y, Khamis AM, Ghamlouche L, Tabban B, Safadi G, Hammad N, Hadla R, Zeidan M, Andari D, Azar RN, Nasser N, Chakhtoura M. Long Term Weight Loss Diets and Obesity Indices: Results of a Network Meta-Analysis. Front Nutr. 2022 Apr 5;9:821096. doi: 10.3389/fnut.2022.821096. PMID: 35479754; PMCID: PMC9037142.

12. Streb AR, Tozetto WR, da Silva CS, Bertuol C, Minatto G, Del Duca GF. Characteristics of interventions with exercise according to the adherence of adults with obesity: A systematic review. Clin Obes. 2025 Jun;15(3):e12733. doi: 10.1111/cob.12733. Epub 2024 Dec 27. PMID: 39727160.

13. López-Gil JF, Calatayud J, López-Bueno R. Trends in adherence to physical activity guidelines from 1997 to 2018 among adults with obesity: An analysis from the US National Health Interview Survey. Obes Rev. 2025 Mar;26(3):e13866. doi: 10.1111/obr.13866. Epub 2024 Nov 19. PMID: 39562493; PMCID: PMC11791379.

14. Kan H, Bae JP, Dunn JP, Buysman EK, Gronroos NN, Swindle JP, Bengtson LGS, Ahmad N. Real-world primary nonadherence to antiobesity medications. J Manag Care Spec Pharm. 2023 Oct;29(10):1099-1108. doi: 10.18553/jmcp.2023.23083. Epub 2023 Aug 18. PMID: 37594848; PMCID: PMC10586463.

15. Gasoyan H, Pfoh ER, Schulte R, Le P, Rothberg MB. Early- and later- stage persistence with antiobesity medications: a retrospective cohort study. Obesity (Silver Spring). 2024;32(3):486-493. doi:10. 1002/oby.23952

16. Ladebo L, Ernst MT, Mailhac A, Dirksen C, Bojsen-Møller KN, Pottegaård A. Real-world use of semaglutide for weight management: patient characteristics and dose titration—a Danish cohort study. Diabetes Care. 2024;47(10):1834-1837. doi:10.2337/dc24-1082

17. Blue Health Intelligence. Real-World Trends in GLP-1 Treatment Persistence and Prescribing for Weight Management. 2024. Accessed July 2024. https://www.bcbs.com/sites/default/files/BHI_Issue_ Brief_GLP1_Trends.pdf

18. Myshko, Denise. "Real-World Study Finds Low Patient Adherence for Weight Loss Drugs." Formulary Watch (2023): https://www.managedhealthcareexecutive.com/view/real-world-study-finds-low-patient-adherence-for-weight-loss-drugs.

19. Sharma AM, Birney S, Crotty M, Finer N, Segal-Lieberman G, Vázquez-Velázquez V, Vrijens B. Determinants of adherence to obesity medication: A narrative review. Obes Rev. 2025 May;26(5):e13885. doi: 10.1111/obr.13885. Epub 2025 Jan 20. PMID: 39832779; PMCID: PMC11964794.

20. Leung AWY, Chan RSM, Sea MMM, Woo J. An Overview of Factors Associated with Adherence to Lifestyle Modification Programs for Weight Management in Adults. Int J Environ Res Public Health. 2017 Aug 16;14(8):922. doi: 10.3390/ijerph14080922. PMID: 28813030; PMCID: PMC5580624.

21. Shatwan IM, Alhinai EA, Alawadhi B, Surendran S, Aljefree NM, Almoraie NM. High Adherence to the Mediterranean Diet Is Associated with a Reduced Risk of Obesity among Adults in Gulf Countries. Nutrients. 2021 Mar 19;13(3):995. doi: 10.3390/nu13030995. PMID: 33808684; PMCID: PMC8003341.

22. Фахрутдинова, А. Ш. Общая приверженность лечению и показатели ожирения в молодом возрасте / А. Ш. Фахрутдинова, А. В. Синеглазова // Терапия. – 2024. – Т. 10, № S3(75). – С. 174. – EDN UTHHEN.

23. Wang D, Benito PJ, Rubio-Arias JÁ, Ramos-Campo DJ, Rojo-Tirado MA. Exploring factors of adherence to weight loss interventions in population with overweight/obesity: an umbrella review. Obes Rev. 2024 Sep;25(9):e13783. doi: 10.1111/obr.13783. Epub 2024 May 28. PMID: 38807509.

24. Papadopoulos S, Brennan L. Correlates of weight stigma in adults with overweight and obesity: A systematic literature review. Obesity (Silver Spring). 2015 Sep;23(9):1743-60. doi: 10.1002/oby.21187. Epub 2015 Aug 11. PMID: 26260279.

25. Wu YK, Berry DC. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. J Adv Nurs. 2018 May;74(5):1030-1042. doi: 10.1111/jan.13511. Epub 2017 Dec 8. PMID: 29171076.

26. Ronneberg CR, Lv N, Ajilore OA, Gerber BS, Venditti EM, Snowden MB, Steinman LE, Wittels NE, Barve A, Dosala S, Rosas LG, Kringle EA, Ma J. Integrated collaborative care intervention for depression and obesity in primary care: translation from research to practice. Health Educ Res. 2022 Aug 1;37(4):227-241. doi: 10.1093/her/cyac017. PMID: 35876850; PMCID: PMC9340965.

27. Craig, H.C., Alsaeed, D., Heneghan, H. et al. Factors that determine patients considering medication for the disease of obesity: an IMI2 SOPHIA study. Int J Obes 49, 397–401 (2025). https://doi.org/10.1038/s41366-024-01524-4

28. Liu L, Li Z, Ye W, Peng P, Wang Y, Wan L, Li J, Zhang M, Wang Y, Liu R, Xu D, Zhang J. Safety and effects of anti-obesity medications on weight loss, cardiometabolic, and psychological outcomes in people living with overweight or obesity: a systematic review and meta-analysis. EClinicalMedicine. 2024 Dec 27;79:103020. doi: 10.1016/j.eclinm.2024.103020. PMID: 39834714; PMCID: PMC11743856.

29. Khera R, Murad MH, Chandar AK, et al. Association of Pharmacological Treatments for Obesity With Weight Loss and Adverse Events: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA.2016;315(22):2424–2434. doi:10.1001/jama.2016.7602

30. Ghusn W, Hurtado MD. Glucagon-like Receptor-1 agonists for obesity: Weight loss outcomes, tolerability, side effects, and risks. Obes Pillars. 2024 Aug 31;12:100127. doi: 10.1016/j.obpill.2024.100127. PMID: 39286601; PMCID: PMC11404059.

31. Anekwe CV, Jarrell AR, Townsend MJ, Gaudier GI, Hiserodt JM, Stanford FC. Socioeconomics of Obesity. Curr Obes Rep. 2020 Sep;9(3):272-279. doi: 10.1007/s13679-020-00398-7. PMID: 32627133; PMCID: PMC7484407.

32. Washington TB, Johnson VR, Kendrick K, Ibrahim AA, Tu L, Sun K, Stanford FC. Disparities in Access and Quality of Obesity Care. Gastroenterol Clin North Am. 2023 Jun;52(2):429-441. doi: 10.1016/j.gtc.2023.02.003. Epub 2023 Apr 7. PMID: 37197884; PMCID: PMC10198472.

33. Rossitto, Jocelyn, "Impact of Different Types of Social Support on Adherence and Treatment Outcomes in an Online Behavioral Weight Loss Program" (2020). Honors Scholar Theses. 757.

34. Epishin V.E., Kalashnikova M.F., Likhodey N.V., Bondareva I.B., Kaurova A.M., Tulupova M.V., Nikolaev N.A., Fadeev V.V. Adaptation of the 12-item medication adherence scale (the Questionnaire for assessment of adherence to Medication) on a Russian-speaking sample of patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus. Problems of Endocrinology. 2024;70(4):32-43. (In Russ.) https://doi.org/10.14341/probl13372

35. Spetz K, Olbers T, Östbring M, Moon Z, Horne R, Andersson E. Using the 5-Item Medication Adherence Report Scale (MARS-5) to Screen for Non-adherence to Vitamin and Mineral Supplementation After Bariatric Surgery. Obes Surg. 2024 Feb;34(2):576-582. doi: 10.1007/s11695-023-07027-x. Epub 2024 Jan 4. PMID: 38177555; PMCID: PMC10810978.

36. Patel H, Rajput DS, Vaghasiya J. Medication Adherence Assessment Scale by Mrs. Hajra Patel and Dr. Jitendra Vaghasiya. J Young Pharm. 2023;15(2):334-7.

37. Фахрутдинова А.Ш., Синеглазова А.В. Ожирение и приверженность по опроснику КОП-25 в проспективном наблюдении // Вестник современной клинической медицины. – 2024. – Т. 17, вып. 4. – С.93–100. DOI: 10.20969/VSKM.2024.17(4).93-100.

38. Jadav, Vallari1; Rathod, Hetal; Jadhav, Sudhir; Mahajan, Anil; Palal, Deepu; Borah, Nirankush; Verma, Prerna; Johnson, S; Sohkhlet, Gracia Anderson; Nallapu, Sandeep. Development and validation of treatment adherence scale for type 2 diabetes mellitus. Journal of Diabetology 14(2):p 78-83, April-June 2023. | DOI: 10.4103/jod.jod_126_22

39. Beechy L, Galpern J, Petrone A, Das SK. Assessment tools in obesity - psychological measures, diet, activity, and body composition. Physiol Behav. 2012 Aug 20;107(1):154-71. doi: 10.1016/j.physbeh.2012.04.013. Epub 2012 Apr 24. PMID: 22548766; PMCID: PMC7174029.

40. И. Г. Малкина-Пых. Терапия пищевого поведения. М.: Эксмо, 2007

41. de Lauzon B, Romon M, Deschamps V, Lafay L, Borys JM, Karlsson J, Ducimetière P, Charles MA; Fleurbaix Laventie Ville Sante Study Group. The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 is able to distinguish among different eating patterns in a general population. J Nutr. 2004 Sep;134(9):2372-80. doi: 10.1093/jn/134.9.2372. PMID: 15333731.

42. Основные подходы к измерению физической активности жителей мегаполиса: экспертный обзор [Электронный ресурс] / Д. А. Андреев, А. С. Покусаев. – Электрон. текстовые дан. – М. :ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2025. – URL: https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/obzory/ – Загл. с экрана. – 40 с.

43. Tronieri JS, Wadden TA, Walsh O, Berkowitz RI, Alamuddin N, Chao AM. Measures of adherence as predictors of early and total weight loss with intensive behavioral therapy for obesity combined with liraglutide 3.0 mg. Behav Res Ther. 2020 Aug;131:103639. doi: 10.1016/j.brat.2020.103639. Epub 2020 May 13. PMID: 32450367; PMCID: PMC7336389.

44. Gleason PP, Urick BY, Marshall LZ, Friedlander N, Qiu Y, Leslie RS. Real-world persistence and adherence to glucagon-like peptide-1 receptor agonists among obese commercially insured adults without diabetes. J Manag Care Spec Pharm. 2024 Aug;30(8):860-867. doi: 10.18553/jmcp.2024.23332. Epub 2024 May 8. PMID: 38717042; PMCID: PMC11293763.

45. Răzvan-Nicolae Rusu 1, Daniela Carmen Ababei 1, Gabriela Dumitrița Stanciu 2, Monica Neamțu 1, Ioana Macadan 1*, Cristina Iuliana Anghel Lazăr 3, Veronica Bild. Adherence to treatment – Reviewing methods of assessment and improvement. Farmacia, 2023, Vol. 71, 2. Doi: 10.31925/Farmacia.2023.2.2

46. Cifuentes L, Hurtado A MD, Eckel-Passow J, Acosta A. Precision Medicine for Obesity. Dig Dis Interv. 2021 Sep;5(3):239-248. doi: 10.1055/s-0041-1729945. PMID: 36203650; PMCID: PMC9534386.

47. Лищенко О.В., Дроздова Л.Ю., Драпкина О.М. Применение метода мотивационного консультирования у пациентов с ожирением: обзор литературы. Профилактическая медицина. 2021;24(12):110-114. https://doi.org/10.17116/profmed202124121110

48. Burgess E, Hassmén P, Welvaert M, Pumpa KL. Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity: a systematic review and meta-analysis. Clin Obes. 2017 Apr;7(2):105-114. doi: 10.1111/cob.12180. Epub 2017 Feb 15. PMID: 28199047.

49. Silveri O C, Gallardo N A, Chandy R J, et al. (November 11, 2024) Accountability Frameworks in Medical Weight Loss Programs: A Comprehensive Literature Review. Cureus 16(11): e73474. DOI 10.7759/cureus.73474

50. Pujia C, Ferro Y, Mazza E, Maurotti S,Montalcini T, Pujia A. The Role of Mobile Apps in Obesity Management: Systematic Review and Meta-Analysis. J Med Internet Res. 2025;27:e66887. doi: 10.2196/66887 PMID: 40327853 PMCID: 12093073

51. Bennett GG, Steinberg D, Askew S, Levine E, Foley P, Batch BC, Svetkey LP, Bosworth HB, Puleo EM, Brewer A, DeVries A, Miranda H. Effectiveness of an App and Provider Counseling for Obesity Treatment in Primary Care. Am J Prev Med. 2018 Dec;55(6):777-786. doi: 10.1016/j.amepre.2018.07.005. Epub 2018 Oct 22. PMID: 30361140; PMCID: PMC6388618.

52. Castelnuovo G, Capodaglio P, De Amicis R, Gilardini L, Mambrini SP, Pietrabissa G, Cavaggioni L, Piazzolla G, Galeone C, Garavaglia G, Bertoli S; DEMETRA Study Group. Study protocol of a clinical randomized controlled trial on the efficacy of an innovative Digital thErapy to proMote wEighT loss in patients with obesity by incReasing their Adherence to treatment: the DEMETRA study. Front Digit Health. 2023 Nov 30;5:1159744. doi: 10.3389/fdgth.2023.1159744. PMID: 38098734; PMCID: PMC10720313.

53. Gemesi, K., Winkler, S., Schmidt-Tesch, S. et al. Efficacy of an app-based multimodal lifestyle intervention on body weight in persons with obesity: results from a randomized controlled trial. Int J Obes 48, 118–126 (2024). https://doi.org/10.1038/s41366-023-01415-0

54. Hilbert A, Juarascio A, Prettin C, Petroff D, Schlögl H, Hübner C. Smartphone-supported behavioural weight loss treatment in adults with severe obesity: study protocol for an exploratory randomised controlled trial (SmartBWL). BMJ Open. 2023 Feb 28;13(2):e064394. doi: 10.1136/bmjopen-2022-064394. PMID: 36854588; PMCID: PMC9980333.

55. Roth L, Ordnung M, Forkmann K, Mehl N, Horstmann A. A randomized-controlled trial to evaluate the app-based multimodal weight loss program zanadio for patients with obesity. Obesity (Silver Spring). 2023 May;31(5):1300-1310. doi: 10.1002/oby.23744. PMID: 37140392.

56. Alolayan, R.A.; Aldisi, D.A.; Hussain, D.S.; Alafif, N.; Abulmeaty, M.M.A. The Efficacy of Telehealth Versus In-Person Management Delivery in Adult Patients with Obesity. Healthcare 2024, 12, 2190. https://doi.org/10.3390/healthcare12212190

57. Moulaei K, Moulaei R, Bahaadinbeigy K, Bastaminejad S. Effect of telemedicine interventions on weight loss: A systematic review and meta-analysis. J Telemed Telecare. 2024 Oct 7:1357633X241273991. doi: 10.1177/1357633X241273991. Epub ahead of print. PMID: 39370913.

58. Kahan S, Look M, Fitch A. The benefit of telemedicine in obesity care. Obesity (Silver Spring).2022;30:577–586. doi:10.1002/oby.23382

59. Huang, L.; Huhulea, E.N.; Abraham, E.; Bienenstock, R.; Aifuwa, E.; Hirani, R.; Schulhof, A.; Tiwari, R.K.; Etienne, M. The Role of Artificial Intelligence in Obesity Risk Prediction and Management: Approaches, Insights, and Recommendations. Medicina 2025, 61, 358. https://doi.org/10.3390/medicina61020358

60. Azmi S, Kunnathodi F, Alotaibi HF, Alhazzani W, Mustafa M, Ahmad I, Anvarbatcha R, Lytras MD, Arafat AA. Harnessing Artificial Intelligence in Obesity Research and Management: A Comprehensive Review. Diagnostics (Basel). 2025 Feb 6;15(3):396. doi: 10.3390/diagnostics15030396. PMID: 39941325; PMCID: PMC11816645.

61. Forman EM, Berry MP, Butryn ML, Hagerman CJ, Huang Z, Juarascio AS, LaFata EM, Ontañón S, Tilford JM, Zhang F. Using artificial intelligence to optimize delivery of weight loss treatment: Protocol for an efficacy and cost-effectiveness trial. Contemp Clin Trials. 2023 Jan;124:107029. doi: 10.1016/j.cct.2022.107029. Epub 2022 Nov 23. PMID: 36435427; PMCID: PMC9839592.

62. Anastasiadou D, Slater M, Spanlang B, Cano Porras D, Comas M, Ciudin A, Puig GP, Vázquez-De Sebastián J, Ramos-Quiroga JA, Lusilla-Palacios P. Clinical efficacy of a virtual reality tool for the

treatment of obesity: study protocol of a randomised controlled trial. BMJ Open. 2022 Jun 22;12(6):e060822. doi: 10.1136/bmjopen-2022-060822. PMID: 35732390; PMCID: PMC9226992.

63. Touloudi E, Hassandra M, Galanis E, Pinnas G, Krommidas C, Goudas M and Theodorakis Y (2025) Effectiveness and acceptance of virtual reality vs. traditional exercise in obese adults: a pilot randomized trial. Front. Sports Act. Living 7:1520068. doi: 10.3389/fspor.2025.1520068

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Т. Б. Моргунова, В. В. Фадеев

Введение

Заболевания щитовидной железы в настоящее время по своей распространенности занимают первое место в структуре эндокринной патологии. В основе лабораторной диагностики лежит определение уровней тиреотропного гормона и свободных фракций тиреоидных гормонов (свободного тироксина и свободного трийодтиронина). Структура тиреоидной патологии определяется рядом факторов, в том числе регионом проживания, наличием йодного дефицита, влиянием средовых факторов, возрастом пациентов. Наиболее часто встречаются субклинические нарушения функции – субклинический гипотиреоз и тиреотоксикоз, реже – манифестный гипотиреоз и тиреотоксикоз.

Приверженность лечению пациентов с гипотиреозом

Пациентам с манифестным гипотиреозом показана заместительная терапия; препарат выбора - левотироксин натрия (L-T4). Препарат L-T4 назначается в дозе примерно 1,6 - 1,8 мкг на килограмм массы тела при манифестном гипотиреозе, адекватность назначенной дозы оценивается через 8-12 недель по уровню тиреотропного гормона (ТТГ). Цель заместительной терапии - достижение и поддержание нормального уровня ТТГ. После изменения дозы L-T4, перехода на другой препарат (другого производителя или другую форму) рекомендован дополнительный контроль уровня ТТГ через 6-8 недель, а после достижения нормального уровня ТТГ контроль должен осуществляться не реже, чем 1 раз в год.

В настоящее время в России используются преимущественно таблетированные формы L-T4, которые позволяют точно подобрать дозу за счет наличия широкого спектра дозировок. Вместе с тем, с 2024 года стала доступна жидкая форма L-T4 (раствор, содержащий 100 мкг L-T4 в 5 мл). Таблетки L-T4 для обеспечения оптимальной биодоступности следует принимать натощак, не менее, чем за 30-40 минут. Жидкую форму L-T4 можно принимать также натощак, непосредственно перед едой.

В целом заместительная терапия L-T4 достаточно удобна: простой алгоритм подбора и коррекции дозы, нет необходимости частого контроля адекватности терапии, а также изменения дозы препарата.

Вместе с тем, по данным разных авторов, от 30 до 50% пациентов с гипотиреозом не компенсированы. Среди различных факторов, приводящих к декомпенсации гипотиреоза, можно выделить основные:

- прием лекарственных препаратов, влияющих на биодоступность L-T4;

- изменение веса;

- наличие сопутствующих заболеваний, в том числе патологии желудочно-кишечного тракта;

- наступление беременности;

- приверженность пациента лечению.

Низкая приверженность лечению – частая проблема в ведении пациентов с хроническими заболеваниями. Только 70% пациентов с гипотиреозом через 1 год после начала терапии L-T4 сохраняют высокую приверженность. Кроме того, 30–40% пациентов прекращают прием L-T4 в течение первого года. Среди факторов, ассоциированных с низкой приверженностью пациентов с гипотиреозом, были выделены: возраст моложе 60 лет, наличие сопутствующих заболеваний, приём других лекарственных препаратов. Закономерно, приверженность лечению также ниже у пациентов, нерегулярно наблюдающихся у эндокринолога. У этих же пациентов, как правило, более низкий уровень знаний о своем заболевании.

Согласно проведенному нами исследованию, среди 200 пациентов с гипотиреозом, получавших L-T4 на протяжении 1 года и более, у 42% больных уровень ТТГ вне референсного диапазона. В 29,8% случаев пациенты принимали препарат L-T4 неправильно (во время или после еды, одновременно с другими лекарственными средствами). Согласно данным литературы, нередко пациенты отмечают неудобство именно при необходимости выдерживать временной интервал между таблеткой и едой, что служит причиной декомпенсации или приводит к необходимости увеличивать дозу L-T4. Как вариант ведения таких пациентов возможен перевод на жидкую форму L-T4, т.к. за счет более быстрого всасывания жидкий L-T4 можно принимать непосредственно перед приемом пищи или напитков (включая чай и кофе), что не только будет способствовать улучшению приверженности пациентов лечению, но и повышению их качества жизни.

При назначении заместительной терапии L-T4 стоит предупредить пациента о необходимости соблюдения интервала между приемом L-T4 и других лекарственных препаратов. В частности, стоит выдерживать интервал около 4 часов между L-T4 и препаратами карбоната кальция, сульфата железа, т.к. при одновременном приеме они существенно снижают абсорбцию L-T4.

У пациентов, длительно получающих заместительную терапию L-T4, как низкий, так и высокий уровень ТТГ ассоциирован с риском отдалённых осложнений. Подавленный уровень ТТГ ассоциирован с более низкой минеральной плотностью костной ткани, с более высокими рисками нарушений ритма и смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. Стойко повышенный уровень ТТГ сопровождается дислипидемией и ухудшением общего самочувствия, появлением симптомов гипотиреоза. Особенно уязвимы пациенты старшей возрастной группы. Среди факторов, затрудняющих подбор адекватной заместительной дозы L-T4 у пациентов старшего возраста особую роль играют полипрагмазия, высокая частота коморбидной патологии и, как следствие, более сложные схемы лечения и более высокий риск снижения когнитивных функций, что существенно снижает приверженность пациентов лечению.

Общепринятым считается назначение сразу полной заместительной дозы (рассчитанную на массу тела) пациентам молодого и среднего возраста, в то время как пациентам старшего возраста и пациентам с сопутствующей кардиальной патологией рекомендуется начало с небольших доз, с последующим повышением под контролем ТТГ.

Существует ряд методов, способствующих повышению качества компенсации: обучение пациентов; создание регистров (пациенты однократно в состоянии эутиреоза вносятся в базу данных, а затем ежегодно оценивается их статус).

В разное время предлагались следующие подходы к повышению приверженности пациентов с гипотиреозом:

1. Образовательные программы: обучение пациентов необходимости регулярного приёма препарата и контроля адекватности проводимой терапии (по уровню ТТГ);

2. Упрощение режима: при возникновении для пациента трудностей с соблюдением режима приема таблетированных препаратов L-T4 перевод на другие формы препарата (раствор или гель-капсулы);

3. Технологии: мобильные приложения с напоминаниями (например, исследование 2022 г. показало эффективность SMS-оповещений), создание регистра пациентов с активным вызовом для наблюдения;

4. Мультидисциплинарный подход (вовлечение эндокринологов, фармацевтов и медсестер в долгосрочное наблюдение).

Таким образом, приверженность лечению играет ключевую роль в достижении и удержании компенсации гипотиреоза. Наиболее часто причиной декомпенсации служит несоблюдение пациентами правил приема таблетированной формы L-T4 - строго натощак, запивая водой и не менее, чем за 30-40 минут до еды. Необходим индивидуальный подход в работе с пациентами, не достигающими компенсации гипотиреоза — это обучение, использование мобильных приложений с напоминаниями и, в ряде случаев, перевод на жидкую формуL-T4, если это предпочтительно для пациента.

Приверженность лечению пациентов с тиреотоксикозом

Тиреотоксикоз - клинический синдром, обусловленный избыточным содержанием тиреоидных гормонов в крови и их токсическим действием на различные органы и ткани. Развитие синдрома тиреотоксикоза чаще всего обусловлено болезнью Грейвса и функциональной автономией щитовидной железы. Лабораторная диагностика синдрома тиреотоксикоза базируется на определении уровня ТТГ и тиреоидных гормонов (свободного Т3 и свободного Т4). При выявлении сниженного уровня ТТГ и нормальных уровней свободного Т4 (свТ4), свободного Т3 (свТ3) диагностируется субклинический тиреотоксикоз. При подавленном уровне ТТГ и повышении уровня свТ4 и/или свТ3 диагностируется манифестный тиреотоксикоз. Болезнь Грейвса (БГ) является одной из частых причин развития тиреотоксикоза. Для лечения пациентов с БГ используют консервативный (тиреостатическая терапия, препараты тиамазол и пропилтиоурацил) и радикальные методы (терапия радиоактивным йодом или оперативное лечение). Длительность консервативной терапии составляет 12-18 месяцев. Вероятность ремиссии после курса тиреостатической терапии составляет 20-30%. Существуют две схемы консервативной терапии: схема «блокируй» - режим малых доз тиреостатиков и схема «блокируй и замещай» - более высокие дозы тиреостатиков в сочетании в L-T4. В настоящее время чаще используется схема «блокируй», т.к. эффективность обеих схем сопоставима, но назначение меньших доз позволяет снизить риск развития нежелательных явлений.

Изначально тиреостатические препараты назначаются в относительно высоких дозах (тиамазол в дозе 30 - 40 мг), в дальнейшем, после нормализации уровня тиреоидных гормонов (примерно через 3-4 недели), доза уменьшается до поддерживающей.

Назначение курса тиреостатической терапии подразумевает регулярный приём препарата, а также регулярный контроль пациентом уровня тиреоидных гормонов и ТТГ, и наблюдение у врача.

Соблюдение режима лечения при БГ имеет решающее значение для эффективного управления этим заболеванием и предотвращения осложнений. Среди факторов, определяющих приверженность пациента с БГ терапии, можно выделить следующие:

- обучение пациентов: понимание важности лечения и возможных осложнений несоблюдения режима лечения может повысить приверженность терапии. Пациенты должны быть проинформированы о рисках длительно нелеченного тиреотоксикоза;

- нежелательные явления: тиреостатические препараты могут вызывать побочные эффекты, такие как сыпь, нарушение функции печени или агранулоцитоз. Поэтому на этапе начала терапии следует предупредить пациента о риске нежелательных явлений и объяснить последовательность действий в случае из возникновения (своевременное обращение к врачу);

- сложные схемы лечения: упрощение схемы лечения способствует повышению приверженности. Это служит одним из факторов, определяющих более частое назначение схемы «блокируй», по сравнению со схемой «блокируй и замещай»;

- психологические факторы: Тревога или депрессия, которые часто встречаются у пациентов с гипертиреозом, могут отрицательно влиять на соблюдение режима лечения;

- динамическое наблюдение: Регулярное последующее наблюдение со стороны медицинских работников гарантирует, что пациенты продолжают следовать плану лечения, и позволяет вносить своевременные коррективы.

Таким образом, приверженность лечению при тиреотоксикозе зависит от информированности пациента, качества взаимодействия с врачом, доступности лечения и психологической поддержки. Важно, чтобы пациенты осознавали необходимость длительного лечения и регулярного контроля для поддержания здоровья.

Литература

1. Jonklaas J, Bianco AC, Bauer AJ, et al. Guidelines for the treatment of hypothyroidism: prepared by the american thyroid association task force on thyroid hormone replacement. Thyroid. 2014 Dec;24(12):1670-751. doi: 10.1089/thy.2014.0028.

2. Okosieme O, Gilbert J, Abraham P, et al. Management of primary hypothyroidism: statement by the British Thyroid Association Executive Committee. Clin Endocrinol (Oxf). 2016 Jun;84(6):799-808. doi: 10.1111/cen.12824.

3. Canaris GJ, Manowitz NR, Mayor G, Ridgway EC. The Colorado thyroid disease prevalence study. Arch Intern Med. 2000 Feb 28;160(4):526-34. doi: 10.1001/archinte.160.4.526

4. Yavuz DG, Yazıcı D, Keskin L, et al. Out-of-Reference Range Thyroid-Stimulating Hormone Levels in Levothyroxine-Treated Primary Hypothyroid Patients: A Multicenter Observational Study. Front Endocrinol (Lausanne). 2017 Sep 12;8:215. doi: 10.3389/fendo.2017.00215.

5. Biondi B, Palmieri EA, Lombardi G, Fazio S. Effects of subclinical thyroid dysfunction on the heart. Ann Intern Med. 2002 Dec 3;137(11):904-14. doi: 10.7326/0003-4819-137-11-200212030-00011.

6. Paul T.L., Kerrigan J., Kelly A.M. et al. Long-term L-thyroxine therapy is associated with decreased hip bone density in premenopausal women. JAMA. 1988 Jun 3;259(21):3137-41. doi:10.1001/jama.1988.03720210027023.

7. Thayakaran R, Adderley NJ, Sainsbury C, et al. Thyroid replacement therapy, thyroid stimulating hormone concentrations, and long term health outcomes in patients with hypothyroidism: longitudinal study. BMJ. 2019 Sep 3;366:l4892. doi: 10.1136/bmj.l4892.

8. Somwaru L. L., Arnold A. M., Joshi N., et al. High Frequency of and Factors Associated with Thyroid Hormone Over-Replacement and Under-Replacement in Men and Women Aged 65 and Over. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2009 94(4), 1342–1345. doi:10.1210/jc.2008-1696

9. Мануйлова Ю.А., Моргунова Т.Б., Фадеев В.В. Причины неэффективности заместительной терапии первичного гипотиреоза // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2019;15(1): 12-18. doi: https://doi.org/10.14341/ket10163

10. Ross, D. S., et al. (2016). "2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis." *Thyroid*, 26(10), 1343-1421. doi:10.1089/thy.2016.0229.

11. Burch, H. B., & Cooper, D. S. (2015). "Management of Graves Disease: A Review." *JAMA*, 314(23), 2544-2554. doi:10.1001/jama.2015.16535.

12. Brito, J. P., et al. (2019). "Antithyroid Drugs—The Most Common Treatment for Graves' Disease in the United States: A Nationwide Population-Based Study." *Thyroid*, 29(1), 101-107. doi:10.1089/thy.2018.0434.

13. Kahaly, G. J., & Bartalena, L. (2018). "Graves' Ophthalmopathy: Current Concepts and Management." *Endocrine Reviews*, 39(3), 347-375. doi:10.1210/er.2017-00255.

Раздел 12

Приверженность как основа 6П-подхода в стоматологической практике

Под редакцией академика РАН,
профессора О. О. Янушевича

РАЗВИТИЕ ПРИНЦИПОВ 6П-МЕДИЦИНЫ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Коршунов А. С., Вагнер В. Д.

Стремительное развитие стоматологии, благодаря внедрению новых медицинских технологий, привело к тому, что взаимоотношения между врачом и пациентом становятся индивидуальные, партнерские [5, 16]. Нормативные документы по профилактике стоматологических болезней, проводимой врачами-стоматологами и гигиенистами пересматриваются. Несмотря на постоянные изменения в нормативных актах, существует точное убеждение об их ценности и значимости, при том, что оптимизация взаимодействий между пациентом и медицинских персоналом выходит на лидирующие позиции в научной и практической деятельности [14]. Другим не менее важным постулатом успешного стоматологического лечения является не только свойства назначенных лекарств, а способность пациента к активному и точному выполнению рекомендаций врача [23, 24].

Разработка и внедрение новых методов диагностики, лечения стоматологических болезней – самое востребованное направление, нацеленное на поддержание или сохранение здоровья человечества. Актуальность поставленной проблемы объясняется высокой распространенностью болезней органов и тканей рта у людей в любом возрасте [30]. По данным литературы определена высокая частота встречаемости болезней твердых тканей зубов и пародонта, которыми страдают практически 100% взрослого и детского населения [32]. Описываемая картина представляет серьезную медицинскую, социальную и экономическую проблему [9]. В Российской Федерации национальное эпидемиологическое стоматологическое обследование с использованием критериев ВОЗ проведено в 2007-2008 г.г. на основании приказа Министерства здравоохранения и социального развития от 04.06.2007 года №394. Результаты подобного исследования продемонстрировали высокую распространенность болезней пародонта, которая составила 82%, с максимальным пиком заболеваемости в 35-44 лет с временной потерей трудоспособности, что несет негативные социально-экономические последствия [2, 38]. Многие исследователи отмечают низкую приверженность к лечению в группе людей с воспалительными болезнями пародонта. Отсутствие мотивации к лечению, не готовность выполнять профилактические мероприятия способствуют увеличению частоты и полиморфизму проявлений патологии пародонта [13, 19]. Неудовлетворительная приверженность к профилактике болезней пародонта в дальнейшем снижает эффективность и повышает затраты на лечение, увеличивает риск осложнений, ухудшает прогноз болезни и жизни из-за тесной их связи с соматическими болезнями [22, 42].

Пациенты с болезнями пародонта являются наиболее уязвимыми в отношении низкой приверженности к лечению, что связано с длительным, нередко, пожизненным выполнением врачебных рекомендаций, в том числе с привлечением врачей-интернистов [42].

В ортопедической стоматологии и ортодонтии социально-экономическая значимость неприверженности весьма значительна и обуславливает серьезные проблемы для системы здравоохранения во всех странах мира [24]. Низкий уровень приверженности в ортопедической стоматологии, ортодонтии является причиной повторного протезирования, что часто заканчивается конфликтными ситуациями и судебными разбирательствами [1, 3, 8]. Медицинская составляющая недостаточной комплаентности на стоматологическом ортопедическом приеме заключается в выраженных внешних изменениях, которые встречаются вследствие частичной потери зубов, нарушении функции жевания, глотания, речеобразования, что приводит к негативному воздействию на эмоциональное состояние и к социальной дезадаптации пациентов, изменению психологической сферы, усугублению проблемы со снижением повседневной деятельности [20].

Отечественные и зарубежные исследователи указывают на важную роль приверженности в профилактической стоматологии, с пояснениями, что несоблюдение рекомендаций по поддержанию здоровья рта с привлечением традиционных образовательных профилактических программ, приводит к краткосрочному достижению лечебного результата. Происходящие явления ученые связывают с поведенческими изменениями [51]. Отмечено, что именно специалисты из профилактической стоматологии акцентируют внимание на разработке эффективных методик, способных улучшить приверженность к соблюдению индивидуальной гигиены рта, особенно для длительной мотивации на профилактику и лечение пациентов с болезнями пародонта [8, 19, 46].

С развитием стоматологии особую важность приобретают формирование и поддержание профилактических гигиенических привычек с раннего возраста, которые препятствуют развитию болезней твердых тканей зубов и пародонта. В центре внимания подобных исследований стоит личная (домашняя) гигиена и контроль за развитием зубного налета. Отсутствие у детей готовности к стоматологическому лечению влечет существенные затраты для семьи, всего общества, что существенно усугубляет стоматологическую патологию [34].

В детской стоматологической практике, среди множества причин, влияющих на приверженность к лечению, ведущая роль отводится семейному фактору. В процессе лечения родители становятся посредниками между ребенком и врачом-стоматологом в вопросе выполнения рекомендаций, обеспечивают: своевременность обращения за медицинской помощью для проведения профилактических осмотров, своевременный и правильный прием лекарственных средств. В детской стоматологии использование адекватного родительского ресурса является залогом успешного лечения, что усиливает их ответственность за положительный результат [10]. В ряде случаев привлечение семьи в лечебный процесс важнее, чем участие пациента или врача [19].

Появляются публикации об исследовании уровня комплаентности к стоматологическому лечению у детей с психоневрологическими расстройствами. Нежелание посещать врача-стоматолога детьми в любом возрасте объясняется поведенческими реакциями. Сложности удержания детей в терапевтическом процессе связаны с особенностями их психосоциального контекста, снижающими эффективность и скорость проводимых манипуляций. Роль родителей в лечебном процессе усиливается, что утяжеляется дополнительным выявлением признаков ухудшения психического состояния ребенка [10, 14].

По данным анализа рынка стоматологических услуг в России, в 2016 году за стоматологической помощью обратилось 104,4 млн. человек, что составляет 69,8%

населения. По этим причинам проблема заинтересованности и ответственности пациента за соблюдением регламента лечения в стоматологии стоит достаточно остро [34].

Учеными накоплено достаточно фактов, которые доказывают, что степень отношения пациента к предложенным рекомендациям врача является существенным фактором эффективности любой терапии. Популяционные исследования демонстрируют, что приверженность к лечению людей с хроническими соматическими болезнями составляет от 20% до 60%, долгосрочная приверженность любому лечению, независимо от болезни, еще ниже и составляет не более 50% [8, 13, 49, 50]. По данным Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ), проведенного в 2019 году, 41% россиян не доверяют поставленному диагнозу или перепроверяют назначения врача. Исследования ВОЗ показывают, что около 50% пациентов не следуют указаниям врача, что приводит к серьезным последствиям на любом этапе лечения [6].

Большинство авторов уверены в низкой осведомленности населения о стоматологических болезнях и негативном их влиянии на оценку общего состояния здоровья, 40% респондентов знают не более двух болезней органов и тканей рта, свыше 76% не осознают важности их последствий [11]. Несмотря на отсутствие знаний по данной проблеме у опрошенных, более половины знают о плохом состоянии своих зубов [34]. Актуальность приверженности в медицине, в том числе стоматологии, объясняется тем фактом, что ежегодно из-за последствий низкой комплаентности в Российской Федерации погибает 125 тысяч человек с различными болезнями. Отмечается, что от стоматологических болезней смертность населения низкая, однако одонтогенные болезни утяжеляют течение и исход соматических опосредованно, которые и оказываются фатальными [28]. Около 10% всех госпитализаций является результатом несоблюдения рекомендаций врача.

Недостаточный объем информации о приверженности в стоматологии может указывать на то, что проблема плохо изучена или мало интересует врачей все специальностей [8, 34].

Приверженность к лечению в стоматологии определяется рядом факторов, одним из которых является объем и характер медицинского вмешательства [10].

Челюстно-лицевая область обладает специфическими анатомо-топографическими особенностями, хорошим кровоснабжением и иннерваций органов и тканей рта, что в конечном итоге отражается на течении одонтогенного заболевания (тяжесть симптомов, физическая нагрузка, связанная с глубокими страданиями от болевого синдрома, стадия прогрессирования). Огромную значимость в стоматологии приобретает связь с терапией некоторых болезней, благодаря которым формируется сложный режим и выбор терапии, длительность и неэффективность предписанного лечения, частые обострения [19, 52]. Воспалительные процессы в челюстно-лицевой области характеризуются быстрым течением, с прогрессированием болевого синдрома, что усиливает страх у пациента перед вмешательством и нежелательными побочными эффектами, раннее прекращение лечения, самовольное покидание кабинета, необоснованное ожидание, забывчивость, знание болезни, негативный опыт родственников, коллег [52].

На примере болезней пародонта врачами-стоматологами выявлено, что 50% респондентов имели средний уровень приверженности, 36,21% - низкий, 13,79% - высокий уровень. В указанной группе, низкий уровень приверженности к лекарственной терапии наблюдался у 32,6% опрошенных, к модификации образа жизни у 56,9%

людей. Обследованные мужчины в меньшей степени готовы выполнять рекомендации врача в отношении лекарственных средств и медицинского сопровождения на протяжении длительного периода при болезнях пародонта. Пациенты обоего пола во многих случаях (более 50%) не готовы менять привычный образ жизни для излечения от болезни [13]. Серией проведенных исследований отечественными учеными установлено, что пациенты женского пола показывают более высокую комплаентность в сравнении с представителями мужского пола с хирургическими и стоматологическими болезнями [5].

Лица старше 60 лет склонны к соблюдению предписаний и назначений врачом-стоматологом [8, 13]. Пожилые пациенты в два раза чаще соблюдают назначенную лекарственную терапию и в большей степени готовы к изменению образа жизни для излечения от пародонтита, несмотря на то что у них, как правило, встречаются более тяжелые формы болезней и сопутствующие полиморбидные патологии, что неблагоприятно влияет на течение, даже на фоне высокой приверженности к лечению [13].

Пациенты молодого возраста (18-44 лет) демонстрируют низкую приверженность к модификации образа жизни среди всех опрошенных. В то же время большинство из них (78,42%) благосклонно относятся к лекарственной терапии [13]. По данным Григорович Э.Ш. низкий уровень приверженности у людей с болезнями пародонта в молодом возрасте отмечался в 25,4% случаев [8].

Известно, что 52-85% респондентов на приеме у врача-стоматолога испытывают страх, беспокойство и стресс; около 5% ощущают сильный страх при простом упоминании о стоматологическом лечении [35]. Благодаря этой особенности, пациенты, впервые обратившиеся к врачу-стоматологу по поводу пародонтологического лечения, в два раза чаще склонны к невыполнению назначений, что вероятно связано с длительным приемом лекарственных препаратов [13].

К другим, не менее важным факторам, влияющим на уровень мотивации, относятся: организация лечебно-профилактических мероприятий в учреждении, уровень образования и социально-психологические характеристики врачей, продолжительность консультации, пол, возраст, уровень интеллектуального развития пациентов и их притязаний, самооценка, личностные особенности [7, 10, 11, 31, 37, 54].

Имеются публикации, которые раскрывают данные об увеличении количества посещений в стоматологические организации мужчинами, относительно лиц женского пола. Пациенты в возрасте до 29 лет более чем в 2,5 раза стали мотивированы на стоматологическое лечение [4, 47]. Подобные наблюдения вероятно связаны с тем, что исследования проводились по данным анкетирования пациентов из кабинетов неотложной стоматологической помощи, в которые чаще обращаются пациенты мужского пола по острой необходимости, что не может быть расценено как усиление приверженности к лечению.

У людей, не состоящих в браке, встречается отрицательная, умеренной силы корреляционная связь между уровнем комплаентности и качеством жизни. Некоторые авторы отмечают высокий уровень приверженности к стоматологическому лечению у людей с высшим образованием, в сравнении со средним профессиональным и средним, что подтверждено результатами однофакторного дисперсионного анализа [5, 16].

В литературе мало внимания уделяется личностным и психическим чертам пациентов, их ценностям, стилю жизни, социальному статусу [19]. Психологи и врачи-стоматологи сходятся во мнении, что психические особенности пациента – важный фактор, оказывающий влияние на уровень приверженности к стоматологическому

лечению [30]. На важность характера, личностных установок, отношение к болезни в процессе лечения указывали другие отечественные ученые [29].

Результаты анкетирования подростков показывают, что эмоциональная стабильность положительно влияет на повышение приверженности и снижение уровня дентофобии, а уравновешенные, эмоционально стабильные исследуемые чаще выполняют назначения врача-стоматолога [30, 33, 43].

В связи с тем, что заболевание алкоголизмом, обязательно затрагивает психическую сферу, отрицание самой болезни, его недооценка, нарушает взаимоотношение врача и пациента на стоматологическом приеме. Киртаевой А.В. с соавторами подтверждено, что приверженность к лечению достоверно снижается с увеличением срока алкоголизации, особенно после 5 лет. После указанного времени происходит разрушение эмоционально-волевой сферы, с нарастанием апатии, депрессии, неконтролируемыми приступами агрессии, с суицидальными наклонностями [18].

Несоблюдение рекомендаций врача-стоматолога может быть обусловлено социальными и экономическими факторами (финансовый статус, низкий культурный уровень, пожилой возраст) [5, 8, 16].

Высокий уровень комплаентности отмечается среди групп с финансовым доходом свыше 50 тысяч рублей, в сравнении с пациентами, чей заработок до 15 тысяч рублей, что подтверждено результатами однофакторного дисперсионного анализа [5, 16]. Изученный фактор может оказывать различное влияние на уровень приверженности, в зависимости от мест проживания, в которых уровень дохода может существенно отличатся в различном направлении [11].

К огромному сожалению, увеличивается число пациентов, которые обращаются за неотложной помощью в стоматологические кабинеты. В такой ситуации оправданным можно считать факт отсутствия серьезных жалоб, встречающихся при легком течении болезни, одним из значимых ориентиров низкой комплаентности.

Низкий уровень доверия людей к государственным стоматологическим поликлиникам существенно усиливает авторитет к частным организациям. В государственных стоматологических поликлиниках наблюдается иная картина: пациенты выбирают интерпретационную модель взаимоотношений, в которой врач выступает в роли консультанта.

Зависимость уровня комплаентности от сферы деятельности статистически оценена многими учеными. Установлено, что пациенты, занятые в бюджетной организации, имеют более выраженный уровень комплаентности, в сравнении с пенсионерами и пациентами, занятыми прочей деятельностью [5, 16].

Разнообразие свободного время провождения - важный социально-демографический показатель, имеющий большую долю влияния на комплаентность стоматологических пациентов с хирургическими патологиями внутренних органов. Результаты исследования по данному показателю продемонстрировали, что три и более вида досуга усиливают приверженность [5, 16].

По мнению отечественных ученых, в стоматологии пациенты отмечают, что главными причинами некомплаентности являются: неполное информирование (42,8%), незапланированные финансовые затраты (19,1), осложнения после лечения (26%), низкое качество оказанной помощи (33,3%), нарушение медицинской этики и деонтологии (34,5%) [14, 35].

Культурные и общественные традиции разных народов оказывают влияние на приверженность к стоматологическому лечению из-за различного понимания и стереотипов по отношению к врачу. Американский биоэтик Роберт Витч выделил четыре

модели взаимоотношения между врачом и пациентом. При инженерной модели обратившийся не участвует в обсуждении процесса лечения, следовательно, она не может быть направлена на усиление комплаентности при оказании стоматологической помощи. Патерналистская модель основывается на принципах любви, милосердия, заботы и справедливости. Коллегиальная модель несет в себе принципы равноправия, сотрудничества, пациент самостоятельно производит выбор. При контактной модели оба работают на принципах общественного договора, обратившийся заключает договор на оказание медицинской помощи с медицинской организацией через страховую компанию. Каждая сторона несет в таком договоре свои обязательства, достигает свои выгоды. На сегодняшний день такая модель является наиболее распространенной в связи с развитием страховой медицины, несмотря на то, что многие исследователи отдают предпочтение патерналистской модели взаимоотношений между врачом и пациентом [14].

Социологические опросы врачей показывают, что они осведомлены о низком санитарном и культурном уровне пациентов, об отсутствии ирреальной работы по санитарному просвещению населения. Врачи самостоятельно называют причины не проведения профилактической работы в стоматологии: отсутствие материального стимулирования и необходимого специалиста – гигиениста в каждой медицинской организации, повышенная загруженность [36].

На основании анализа социальных, физиологических и психологических характеристик был выявлен обобщенный портрет пациента, который уклоняется от своевременной санации рта. Это, как правило, одинокий мужчина, старше средних лет, со средним образованием, отличающийся чертами пассивности, неуверенности и склонный к пессимистической оценке окружающего или молодая гиперэмоциональная женщина с повышенным уровнем эмоционального реагирования на внешние раздражители и личностными чертами демонстративности.

Важно отметить, что метода «золотого стандарта» для диагностики приверженности к лечению не существует. Все предложенные методы отличаются низким уровнем надежности. К прямым методам относятся – измерение концентрации препаратов или метаболитов в биологических средах: кровь, моча, слюна. Они не нашли широкого применения в стоматологии и применяются только в рамках клинических исследований, в которых получено информированное согласие пациента на забор биологического материала. Наиболее распространенными методами оценки приверженности в стоматологии являются – анкетирование, опрос, клинические ответы, осмотр пациентов с определением специальных индексов, которые нашли распространение из-за простоты выполнения и сбора информации, однако они являются косвенными и не всегда отражают объективную сторону проделанной лечебной или просветительской работы [4, 22]. В единичных публикациях встречаются данные, которые описывают индексную оценку и осмотр средств индивидуальной гигиены (зубные щетки, нити, скребки и другие). Подобные исследования повышают уровень знаний, навыков по соблюдению гигиены рта, уровня приверженности к стоматологическому лечению и профилактике [15].

Проведение социологических исследований с использованием анкетирования, интервьюирования пациентов стоматологического профиля, позволяет выбрать приоритетную модель взаимоотношений с врачом (информационный, интерпретационный, патерналистской) [34].

Анкетирование людей со стоматологическими болезнями включает вопросы о возрасте, поле, социальном положении, наличии вредных условий труда, частоте посещений врача-стоматолога и с чем это связано (стресс, тревога), знаниях о методах

и средствах гигиены рта. Дополнительно у пациентов выясняются жалобы, явившиеся причиной посещения врача-стоматолога [19].

В пародонтологической практике широкое применение получили методы обследования и анкетирования. Пародонтологическое обследование оценивает клиническое состояние пародонта путем определения специальных индексов, предложенных ВОЗ. Анкета содержит вопросы, которые направлены на выяснение жалоб, общего и местного состояния организма, анамнеза жизни и болезни. Она позволяет оценить состояние пародонта при первичном обращении и на всех этапах длительного, комплексного лечения. Анкетирование приобретает смешанный характер. В анкету входят субъективные (со слов пациента) и объективные данные (заполняется врачом на этапе обследования и лечения) [2].

В других исследованиях проводились социологические опросы с использованием авторской анкеты «Оценка качества стоматологического медицинского обслуживания». Проводимые опросы осуществляются на основе случайной выборки и включают вопросы, связанные с выполнением рекомендаций, информацию о правах и обязанностях пациента, льготах и вопросы о доверии к стоматологической службе [21].

Комплаентность обследованных хирургического профиля, нуждающихся в стоматологической помощи, изучается с помощью анкеты, предложенной Зиньковской Е.П., которая включает вопросы раскрывающие классы сочетанных хирургических патологий, пол, возраст, отношение к браку, уровень образования и заработной платы, сферу деятельности, разнообразие свободного времени, жилищные условия, наличие зависимости от табакокурения. Описанная анкета, совместно с опросником OHIP-14, позволяет выявить корреляционные связи между уровнем приверженности и проблемами в повсеместной жизни [5, 14, 16].

Показатели приверженности к лечению у пациентов с воспалительными болезнями пародонта оцениваются путем анкетирования с помощью Опросника количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25), представленного на первом российском консенсусе по количественной оценке приверженности к лечению, одобренном на XII Национальном конгрессе терапевтов (Москва, 2017 год). Консенсус позволяет получить количественную оценку приверженности к лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, модификации образа жизни и интегральной приверженности к лечению у пациентов с различными болезнями, в том числе пародонта. Его интегративные и структурные показатели рассчитываются на основе бальной оценки ответов анкетируемых с применением формул. Сравнительный анализ перечисленных показателей проводится с учетом возраста, пола и тяжести болезни [8, 13].

Зарубежными учеными предпринята попытка воспроизвести данные о взаимосвязи между общей, специфической приверженностью и воспринимаемым здоровьем в контексте со стоматологическим лечением. Для этого изучались психометрические характеристики модифицированной шкалы приверженности для использования в стоматологической популяции. Шкала общей приверженности (CAS) показывает адекватную внутреннюю согласованность и положительные корреляционные взаимосвязи со шкалой воспринимаемого общего и стоматологического здоровья и пунктами о приверженности к рекомендациям по стоматологическому поведению [53].

В ортодонтии комплаентность пациентов оценивается с использованием опросника «8-item Morisky Medication Adherence Scale» (MMAS-8). Его применение выявляет регулярность посещения врача-ортодонта и выполнения врачебных рекомендаций, наличие расстройств, связанных с ортодонтическим лечением [12].

Для оценки приверженности к лечению в стоматологии у пациентов с сопутствующими болезнями используется шкала комплаентности Мориски-Грина – клинико-психологическая и скрининговая тестовая методика, предназначенная для предварительной оценки комплаентности и скринингового выявления недостаточно приверженных пациентов [18]. Для оценки приверженности к стоматологическому лечению пациентов с болезнями системы кровообращения предложен модифицированный опросник Мориски-Грина, состоящий из четырех вопросов по соблюдению режима гигиены рта, игнорированию рекомендаций врача-стоматолога, посещаемости профилактических осмотров. Такая анкета в комплексе с индексной оценкой фиксирует распространенность и интенсивность воспалительных процессов в пародонте, приверженность к лечению с учетом наличия болезней системы кровообращения [27].

Оценка качества жизни в стоматологии основана на заполнении специальных анкет. Существующие опросники применяются для оценки качества жизни ортодонтических пациентов, либо отражают общие характеристики состояния здоровья (SF-36), рта (OHIP, WHOQOL-100), либо представлены иностранными вариантами (DIDL, OHRQoL, OQoL, COQoL, COHQ, $OQoLAS_{11-14}$, OQLQ, COHIP [25, 44, 45].

Хорошие клинические результаты по улучшению комплаентности беременных женщин в вопросах формирования стоматологического здоровья продемонстрировал индекс-опросник, разработанный в ВолГМУ, состоящий из 21 вопроса, направленных на уточнение: возраста, социального статуса (семья, образование, обеспеченность), информированности беременных женщин о стоматологическом здоровье, их комплаентности, субъективной оценке состояния органов и тканей рта до и после лечения. Для предварительной оценки модельных групп проводится скрининговый экзит-полл по основным вопросам: «Сколько раз в течение последнего года Вы обращались к врачу-стоматологу?», «Какая причина побудила Вас обратиться к врачу-стоматологу?», «Какой источник информации Вы используете для гигиенического ухода за ртом?» [11].

Внедрение личностного подхода в медицинской практике часто ограничивается низким уровнем психологической компетентности медицинского персонала. Для этой цели применяется методика психологической диагностики типов отношения к болезни и лечению (ТОБОЛ), которая получила широкое распространение в научных стоматологических исследованиях. Методика ТОБОЛ отражает форму опросника. В его основу положена классификация типов реагирования на болезнь и лечение Личко А.Е. и Иванова Н.Я., позволяющая диагностировать ведущие типы реагирования на болезнь и лечение [37].

Среди других психодиагностических методов, которые находят свое применение в стоматологии можно выделить: характерологический опросник Леонгарда-Шмишека (взрослый вариант), индивидуально-типологический опросник (ИТО) Собчика Л.Н. (2003), опросник «Уровень комплаентности» Кадырова Р.В. (2014) [17, 30].

Низкая освещенность проблемы комплаентности в стоматологии связана с недостаточной разработанностью четких критериев оценки приверженности/неприверженности и отсутствием адекватных, объективных методов ее изменения [30].

Современные исследования показывают, что на стоматологическом приеме почти 40% пациентов основную роль в лечебном процессе отводят врачу. Врач-стоматолог обследует пациента, устанавливает диагноз, определяет лечение. При таком подходе от пациента требуется только согласие. Стоматологическая практика показывает, что человек не готов к активному сотрудничеству и чаще выбирает патерналистскую модель взаимоотношений с врачом. В таком случае вся ответственность за проводимые лечебно-диагностические манипуляции ложится только на врача [14, 34].

Единая стратегия повышения приверженности лечению до настоящего времени не разработана. Некоторые авторы создают предпосылки для улучшения ключевых позиций по данному вопросу. По мнению Osterberg L., Blaschke T. все методы улучшения приверженности можно объединить в четыре группы, и они направлены на повышение информированности пациентов, в том числе с привлечением родственников к лечебному процессу. В стоматологии он активно применяется, особенно на детском приеме, когда на родителей возлагаются большие надежды и ответственность за поддержание удовлетворительного уровня гигиены рта. Оптимизация режима приема лекарственных препаратов - является вторым направляющим блоком по улучшению приверженности в стоматологии. Учитывая огромную коморбидность и высокую частоту распространения стоматологических болезней, он не нашел широкого распространения. В третью группу входят методы, направленные на улучшение доступности медицинской помощи, в том числе способствующие уменьшению времени ее ожидания [22]. Метод успешно зарекомендовал себя в стоматологии, что объясняется увеличением частных кабинетов, фирм, клиник, которые работают по предварительной записи, при этом вероятность скопления людей минимальная. Важным моментом по улучшению приверженности на стоматологическом приеме является создание качественных отношений между врачом и пациентом, обеспечивающих высокую степень доверия. Главным условием эффективного сотрудничества является грамотное, информативное, достаточное по времени консультирование. Успех в лечении достигается благодаря соблюдению врачом-стоматологом клинических рекомендаций. Клинические рекомендации и стандарты лечения стоматологических болезней разрабатываются, однако только единичные внедрены в практическую деятельность и успешно используются на территории Российской Федерации.

В соответствии с основными рекомендациями консенсуса по количественной оценке приверженности к лечению, междисциплинарными рекомендациями по управлению лечением на основе приверженности, медицинская стратегия у пациентов с воспалительными болезнями пародонта на фоне низкого уровня приверженности к лечению должна предполагать: лекарственную терапию с применением комбинированных препаратов с пролонгированным действием (одномоментное применение нескольких препаратов с высокой кратностью приема снижает готовность пациента к соблюдению рекомендаций); рекомендации по устранению нежелательных привычек, модификации образа жизни с ограниченным перечнем наиболее значимых положений; предельно краткие и конкретные рекомендации коррекции индивидуальной гигиены рта (общие и обширные рекомендации не эффективны) [13, 26].

По мнению Григорович Э.Ш. оценка индивидуального уровня приверженности лечению поможет сформулировать оптимальные планы с объемами вмешательств, к которым пациент готов. Такой индивидуальный практико-ориентированный подход позволит управлять лечением на всех этапах, а уровень ответственности между врачом и пациентом будет максимально равный по силе [8].

Одним из возможных путей повышения комплаенса пациентов является полная, своевременная и доступная информация о состоянии органов и тканей рта и его влиянии на общесоматические болезни, правильная мотивация к лечению и профилактике имеющего одонтогенного заболевания. Взаимоотношения врача и пациента, основанные на доверии, уважении и взаимопонимании, несомненно, будут способствовать повышению уверенности обеих сторон, приверженности лечению и улучшению состояния здоровья [27].

Изучение вопроса информированности о комплаентности среди беременных женщин по вопросам улучшения стоматологического здоровья, позволил сформулировать эффективные методы улучшению приверженности: информационно-профилактическая работа, открытие стоматологических кабинетов при женских консультациях с квалифицированными и компетентными специалистами. По результатам анкетирования, именно врачам с такими характеристиками в большей степени доверяют беременные женщины [11].

Информированность пациента врачом-стоматологом способствует снижению уровня стресса. Подобные правила предусматривают предоставление полной информации по трем основным вопросам: разъяснение по диагнозу, план лечения и возможные риски и их воздействия на качество жизни в будущем [28]. Удовлетворительное информационное обеспечение взаимодействия врача и пациента доминирует как эффективный фактор в системе здравоохранения на всех этапах: от принятия решения о необходимости обращения за медицинской помощью до выполнения рекомендаций [21].

Для улучшения степени приверженности в ходе стоматологического вмешательства предложен способ, с помощью которого вся информация о медицинских вмешательствах и планах лечения демонстрируется обратившимся в виде виртуального видеоматериала, с оценкой состояния тревоги по шкале Спилберга-Ханина [39].

Несмотря на полученные рекомендации от врача-стоматолога по гигиене рта, пациенты не всегда привержены к их выполнению. В подобной ситуации необходимо поменять стратегический план профилактических мероприятий, мотивировать путем использования не только привычных методов и средств гигиены, но и дополнительных, необходимых для подержания стоматологического здоровья [15, 19].

Зарубежные специалисты описывают такие эффективные способы повышения уровня приверженности пациентов к стоматологическому лечению, как обучение правильному уходу за ртом, подбор зубных паст и щеток, использование дополнительных средств гигиены, предоставление письменных планов действий, сокращение временного интервала между визитами к врачу и упрощение схем лечения [40, 43, 48].

Главным этапом в деятельности врача-стоматолога, врача-стоматолога детского является санитарно-просветительская работа, групповая дискуссия под руководством модератора [34, 36, 41]. В каждом возрасте врач-стоматолог должен использовать различные психолого-педагогические приемы, взаимодействовать не только с юными пациентами, но и его родителями [34].

В стоматологии изучение личностного профиля пациента и его учет в планировании лечения является новым этапом в развитии персонализированного подхода [30].

Внедрение личностного подхода в медицинской практике ограничено. Истинным индикатором личностного подхода в стоматологии является использование элементов психотерапевтического консультирования [37].

Зарубежные авторы утверждают, что позитивное общение с врачом, активное участие пациента в планировании лечения приводит к успеху в достижении результата. Описывая гуманистический, личностно-ориентированный подход, авторы говорят о трех фундаментальных подходах – конгруэнтность (подлинность), безусловное положительное отношение, эмпатия [40].

В рамках междисциплинарной бригады возможно участие клинического психолога как для формирования мотивации пациента на выполнение клинических рекомендаций от врача-стоматолога, так и в работе по снятию напряжения и снижению уровня тревоги перед медицинскими манипуляциями. Разработанные подходы по внедрению в стоматологическую практику кейс-менеджмента, позволят для каждого пациента разрабатывать индивидуальный план лечения с учетом его личностных и социальных характеристик [30].

В современной стоматологии все больше приобретает значение культура посещения одного врача. Наблюдение и лечение у семейного врача-стоматолога позволит решать многие проблемы профилактики и лечения различных стоматологических болезней. Врач-стоматолог может с большей эффективностью контролировать и прогнозировать развитие и исход болезни, зная индивидуальные особенности всей семьи [34].

Литература

1. Беленова, И.А. Конфликтология в стоматологии / И.А. Беленова, А.В. Митронин, О.А. Азарова, А.В. Подопригора, О.А. Кудрявцев // Эндодонтия Today. – 2020. – Т. 18. – № 2. – С. 51-55. – doi: 10.36377/1683-2981-2020-18-2-51-55

2. Биктимерова, О.О. Заболеваемость тканей пародонта, нуждаемость в лечении и приверженность к его проведению пациентов: по данным поликлинического обследования / О.О. Биктимерова, С.Н. Колесников // Стоматология большого Урала на рубеже веков. К 100-летию Пермского государственного медицинского университета имени академика Е.А.Вагнера: материалы всерос. конгресса, Пермь, 20–22 мая 2015 года / ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России. – Пермь: ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России. – 2015. – С. 68-72.

3. Борисова, Э.Г. Изучение качества жизни пациентов при осложнениях, возникших после стоматологических вмешательств / Э.Г. Борисова, Э.С. Грига, М.К. Федичкина, Л.И. Шеенко // Проблемы стоматологии. – 2019. – Т. 15. – № 3. – С. 23-27. – doi: 10.18481/2077-7566-2019-15-3-23-27.

4. Бруева, Е.В. Исследование уровня мотивации населения на стоматологическое лечение по результатам анкетирования / Е.В. Бруева, Д.А. Измайлов, М.В. Швец, Л.Н. Тупикова // Scientist (Russia). – 2022. – № 4(22). – С. 7.

5. Вагнер, В.Д. Комплаентность пациентов хирургического профиля, нуждающихся в стоматологической помощи / В.Д. Вагнер, Д.С. Кабак // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2018. – № 2(66). – С. 55-60. – doi: 10.19163/1994-9480-2018-2(66)-55-60.

6. Воробьев, А.А. Влияние информированности пациента на структурирование взаимоотношений в системе врач-пациент / А.А. Воробьев, В.В. Деларю, А.В. Куцепалов // Социология медицины. – 2004. – № 1(4). – С. 39.

7. Гречко, Т.Ю. Факторы, влияющие на комплаенс в современных условиях психиатрии (обзор литературы) / Т.Ю. Гречко // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2009. – № 35. – С. 72-75.

8. Григорович, Э.Ш. Результаты количественной оценки уровня приверженности лечению у пациентов стоматологических медицинских организаций / Э.Ш. Григорович, М.О. Нагаева, Ю.Г. Худорожков, Л.Е. Смирнова, Н.С. Евтюхина, Е.В. Дзюба // Стоматология. – 2021. – Т. 100. – № 6-2. – С. 53-58. – DOI 10.17116/stomat202110006253.

9. Грудянов, А.И. Заболевания пародонта: учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей-стоматологов / А. И. Грудянов ; А. И. Грудянов. – Москва: Мед. информ. агентство (МИА). – 2009. – 331 с.

10. Гуленко, О.В. Сравнительная оценка уровня комплаентности и стоматологического статуса у детей с психоневрологическими расстройствами / О.В. Гуленко, В.В. Волобуев, Н.И. Быкова, Е.А. Фарапонова, С.Б. Хагурова // Кубанский научный медицинский вестник. – 2015. – № 1(150). – С. 37-43.

11. Данилина, Т.Ф. Информированность и комплаентность беременных женщин в вопросах формирования стоматологического здоровья / Т.Ф. Данилина, Д.В. Михальченко, А.Д. Доника, Л.Н. Денисенко, Е.В. Данилина, А.Н. Голубев // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2017. – № 4(64). – С. 72-75. – doi: 10.19163/1994-9480-2017-4(64)-72-75.

12. Данилова, М.А. Сравнительный анализ комплаентности при ортодонтическом лечении взрослых пациентов / М.А. Данилова, Е.В. Козлова, Л.И. Александрова // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии: Сборник научных статей IX региональной научно-практической конференции с международным участием по детской стоматологии, Хабаровск, 08 ноября 2019 года / Под редакцией А.А. Антоновой. – Хабаровск: Дальневосточный государственный медицинский университет. – 2019. – С. 54-56.

13. Дзюба, Е.В. Показатели приверженности к лечению у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта / Е.В. Дзюба, М.О. Нагаева // Пародонтология. – 2021. – Т. 26. – № 1. – С. 38-42. – DOI 10.33925/1683-3759-2021-26-1-38-42.

14. Зиньковская, Е.П. Значение комплаенса в стоматологической практике и анализ факторов, влияющих на комплаентность пациентов / Е.П. Зиньковская, Е.В. Честных, Л.А. Горева, Е.Л. Захарова, А.А. Авакян // Тверской медицинский журнал. – 2020. – № 3. – С. 25-34.

15. Иорданишвили, А.К. Приверженность уходу за полостью рта и стоматологическое здоровье / А.К. Иорданишвили, А.Я. Идрис, Е.Х. Баринов // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. – 2021. – № 4(29). – С. 51-53.

16. Кабак, Д.С. Влияния соматической патологии на комплаентность стоматологических пациентов с коморбидностью, нуждающихся в консервативном лечении / Д.С. Кабак, В.Д. Вагнер, С.И. Морозова // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2018. – Т. 6. – № 2. – С. 267-276.

17. Кадыров, Р.В. Опросник «Уровень комплаентности» / Р.В. Кадыров, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук // Владивосток: ГБОУ ВПО «Тихоокеанский гос. мед. ун-т». – 2014.

18. Киртаева, А.В. Стоматологическое здоровье и приверженность к лечению у больных с хронической алкогольной интоксикацией / А.В. Киртаева, А.В. Николаева // Кризисы мировой науки и техники: парадигмы дальнейшего развития: Материалы I Международной научно-практической конференции, Ростов-на-Дону, 20 апреля 2020 года. – Ростов-на-Дону: Южный университет (ИУБиП). – 2020. – С. 13-19.

19. Кудрявцева, Т.В. Изучение приверженности пациентов стоматологической клиники к соблюдению профилактических мероприятий в полости рта / Т.В. Кудрявцева, В.В. Тачалов, Е.С. Лобода, Л.Ю. Орехова, Е.Ю. Нечай, Л.И. Шаламай // Пародонтология. – 2019. – Т. 24. – № 2. – С. 167-172. – doi: 10.33925/1683-3759-2019-24-2-167-172.

20. Лапина, Н.В. Восприятие собственного здоровья стоматологическими больными до и после ортопедического лечения смещения нижней челюсти / Н.В. Лапина // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2011. – № 22(117). – С. 259-263

21. Лисовская, Е.Д. Факторы, влияющие на комплаентность стоматологических пациентов / Е.Д. Лисовская // Сибирское медицинское обозрение. – 2015. – №6 (96). – С. 92-95.

22. Лукина, Ю.В. Приверженность лечению: современный взгляд на знакомую проблему / Ю.В. Лукина, Н.П. Кутишенко, С.Ю. Марцевич // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. – Т. 16. – № 1. – С. 91-95. – doi: 10.15829/1728-8800-2017-1-91-95.

23. Тихонова, В.Ю. Кабанов, А.Ю. Малый // Стоматология славянских государств: сборник трудов X Международной научно-практической конференции, посвящённой 25-летию ЗАО «ОЭЗ «ВладМиВа», Белгород, 08–16 октября 2017 года. – Белгород: Издательский дом "Белгород". – 2017. – С. 249-252.

24. Макурдумян, Д.А. Исследование приверженности пациентов лечению в ортопедической стоматологии / Д.А. Макурдумян, А.Ю. Малый, В.Ю. Кабанов // Российская стоматология. – 2013. – Т. 6. – № 3. – С. 35-38.

25. Митин, Н.Е. Влияние стоматологического ортодонтического лечения на самооценку и качество жизни стоматологических пациентов / Н.Е. Митин, В.Э. Тихонов, М.И. Гришин // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2015. – Т. 17. – № 4. – С. 349-353.

26. Николаев, Н.А. Управление лечением на основе приверженности: алгоритмы рекомендаций для пациентов. Междисциплинарные рекомендации / Н.А. Николаев, А.И. Мартынов, Ю.П. Скирденко [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2020. – Т. 15. – № 4. – С. 461-468. – doi: 10.14300/mnnc.2020.15109

27. Петрова, Т.Г. Приверженность стоматологическому лечению пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы / Т.Г. Петрова, Н.Б. Бородина, В.Г. Атрушкевич, Л.Д. Пересвет // Пародонтология. – 2021. – Т. 26. – № 4. – С. 344-348. – doi: 10.33925/1683-3759-2021-26-4-344-348.

28. Рябухина, П.С. Коммуникативная компетентность и комплаенс в стоматологической практике / П.С. Рябухина, Д.Е. Шайкин, Н.С. Тимченко // Scientist. – 2023. – Т. 24. – № 2. – С. 201-206.

29. Савина, Е.А. Психотерапевтические приемы при проведении лечебно-профилактических мероприятий в рамках деонтологического поведения врача стоматолога-терапевта / Е.А. Савина, Н.В. Булкина, Д.О. Ломакина, О.А. Олевская // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7. – № 3. – С. 683-689.

30. Ситкина, Е.В. Связь индивидуально-личностных особенностей пациентов и приверженности выполнению рекомендаций врача по гигиене полости рта / Е. В. Ситкина // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2019. – №3. – С. 141-160. – doi: 10.11621/vsp.2019.03.141

31. Соколова, Е.Т. Перспективы системной модели комплайенса / Е.Т. Соколова // Клиническая психология в здравоохранении и образовании: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Москва, 24–25 ноября 2011 года / Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования, Московский государственный медико-стоматологический университет, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Факультет клинической психологии. – Москва: Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения Российской Федерации. – 2011. – С. 24-30.

32. Тимохова, Е.С. Влияние стоматологического статуса полости рта на уровень качества жизни / Е.С. Тимохова, Е.Р. Грицкевич // Сахаровские чтения 2018 года: экологические проблемы XXI века: Материалы 18-й международной научной конференции (Минск, 17—18 мая 2018 г.): В 3 ч. / Под ред. С.А. Маскевича, С.С. Позняка. Минск: ИВЦ Минфина. – 2018. – Ч. 1. – С. 349-350.

33. Фирсова, И. В. К вопросу комплаентности стоматологических больных школьного возраста / И. В. Фирсова, А. Н. Попова, С. В. Крайнов // Colloquium-Journal. – 2019. – № 21-1(45). – С. 50-51.

34. Фирсова, И.В. Комплаентность как результат компетентностного подхода к лечению в стоматологической практике / И.В. Фирсова, В.Ф. Михальченко, Ю.А. Македонова // Российская стоматология. – 2014. – Т. 7. – № 1. – С. 46-48.

35. Фирсова, И.В. Социально-психологические аспекты комплаентности пациентов в стоматологической практике / И.В. Фирсова, В.Ф. Михальченко // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2007. – № 2(22). – С. 3-9.

36. Чиркова, Н.В. Изучение факторов, определяющих комплаентность стоматологических пациентов во время лечения и возможных механизмах его улучшения / Н.В. Чиркова, А.А. Плутахина, Н.Г. Машкова, Н.А. Деревнина, Д.А. Орешкина // Наука России: Цели и задачи: Сборник научных трудов по материалам VII международной научной конференции, Екатеринбург, 10 февраля 2018 года. Том Часть 1. – Екатеринбург: Научно-издательский центр "Л-Журнал", 2018. – С. 59-61. – doi: 10.18411/sr-10-02-2018-19

37. Шлыков, М.В. Исследование эффективности распознавания врачами-стоматологами личностных реакций пациентов на стоматологическое заболевание и лечение / М.В. Шлыков, В.А. Ананьев, В.Д. Вагнер // Институт стоматологии. – 2007. – № 3(36). – С. 32-33.

38. Янушевич, О.О. Стоматологическая заболеваемость населения России. Заболевания пародонта и слизистой оболочки рта / О.О. Янушевич, Э.М. Кузьмина, И.Н. Кузьмина, Е.С. Петрина, В.Н. Беня, А.В. Лапатина // Москва: Московский государственный медико-стоматологический университет, 2009. – 228 с.

39. Патент № 2689706 C1 Российская Федерация, МПК A61C 17/00, A61B 5/00, A61B 5/16. Способ оценки степени комплаентности в ходе стоматологического вмешательства: № 2018117532: заявл. 11.05.2018: опубл. 28.05.2019 / Н.Ю. Анисимова, Е.Н. Анисимова, К.Г. Гуревич.

40. Aslam, I. Practical Strategies to Improve Patient Adherence to Treatment Regimens / I. Aslam, S.R. Feldman // South Med J. – 2015. – Vol. 108. – № 6. – P. 325-331. – doi: 10.14423/SMJ.0000000000000294

41. Chirkova, V. Compliance In Students Of The Dentistry Department And Its Correlation With Periodontal / N.V. Chirkova, E.A. Lescheva, A.N. Morozov, I.O. Oleinik, A.A. Plutahina // Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences. – 2018. – Vol. 9. – № 5. – P. 2129-2131.

42. Chowdhury, R. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences / R. Chowdhury, H. Khan, E. Heydon, A. Shroufi, S. Fahimi, C. Moore, B. Stricker, S. Mendis, A. Hofman, J. Mant, O.H. Franco // Eur Heart J. – 2013. – Vol. 34. – № 38. – P. 2940-2948. – doi: 10.1093/eurheartj/eht295

43. Hathiwala, S. Personality and psychological factors: effects on dental beliefs / S. Hathiwala, S. Acharya, S. Patil / J Indian Soc Pedod Prev Dent. – 2015. – Vol. 33. – № 2. – P. 88-92. – doi: 10.4103/0970-4388.155110

44. Kressin, N. Assessing oral health-related quality of life: findings from the normative aging study / N. Kressin, A. Spiro, R. Bosse, R. Garcia, L. Kazis // Med Care. – 1996. – Vol. 34. – № 5. – P. 416-427. – doi: 10.1097/00005650-199605000-00004

45. Leao, A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living / A. Leao, A. Sheiham // Community Dent Health. – 1996. – Vol. 13. – № 1. – P. 22-26.

46. Lee, C.T. Impact of Patient Compliance on Tooth Loss during Supportive Periodontal Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis / C.T. Lee, H.Y. Huang, T.C. Sun, N. Karimbux // J Dent Res. – 2015. – Vol. 94. – № 6. – P. 777-786. – doi: 10.1177/0022034515578910

47. Maspero, C. Evaluation of patients' compliance in different age groups: preventive methodology / C. Maspero, G. Galbiati, L. Giannini, F. Zanoni, M. Farronato, L. Esposito // Minerva Stomatol. – 2018. – Vol. 67. – № 2. – P. 37-44. – doi: 10.23736/S0026-4970.17.04083-3

48. Müller-Tasch, T. Anxiety and self-care behaviour in patients with chronic systolic heart failure: A multivariate model / T. Müller-Tasch, B. Löwe, N. Lossnitzer, L. Frankenstein, T. Täger, M. Haass, H. Katus, J.H. Schultz, W. Herzog // Eur J Cardiovasc Nurs. – 2018. – Vol. 17. – № 2. – P. 170-177. – doi: 10.1177/1474515117722255

49. Náfrádi, L. The doctor-patient relationship and patient resilience in chronic pain: A qualitative approach to patients' perspectives / L. Náfrádi, Z. Kostova, K. Nakamoto, P.J. Schulz // Chronic Illn. – 2018. – Vol. 14. – № 4. – P. 256-270. – doi: 10.1177/1742395317739961

50. Náfrádi, L. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence / L. Náfrádi, K. Nakamoto, P.J. Schulz // PLoS One. – 2017. – Vol. 17. – № 12(10). – P. e0186458. – doi: 10.1371/journal.pone.0186458

51. Renz, A. Psychological interventions to improve adherence to oral hygiene instructions in adults with periodontal diseases / A. Renz, M. Ide, T. Newton, P.G. Robinson, D. Smith // Cochrane Database Syst Rev. – 2007. – Vol. 18. – № 2. – P. CD005097. – doi: 10.1002/14651858.CD005097.pub2

52. Tachalov, V.V. Manifestations of personal characteristics in individual oral care / V.V. Tachalov, L.Y. Orekhova, T.V. Kudryavtseva, E.R. Isaeva, E.S. Loboda / EPMA J. – 2016. – Vol. 7. – № 1. – P. 8. – doi: 10.1186/s13167-016-0058-2

53. Verweij, T.A. Compliance in dentistry: general adherence, specific adherence and perceived dental health / T.A. Verweij, P. Oosterveld, J. Hoogstraten // Community Dent Oral Epidemiol. – 1998. – Vol. 26. – № 6. – P. 394-399. – doi: 10.1111/j.1600-0528.1998.tb01977.x

54. Wang, N.J. Children who break dental appointments / N.J. Wang, G.O. Aspelund // Eur Arch Paediatr Dent. – 2009. – Vol. 10. – № 1. – P. 11-14. – doi: 10.1007/BF03262660

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПЛАЕНТНОСТЬ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Волошина И. М., Ашпаков Р. Р., Шаяхметова К. Д., Шоров К. Х., Коротченко М. А., Пеляк Н.Д.

Согласно современным данным, распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний не имеет тенденции к снижению, а контингент пациентов заметно «молодеет». Эти тенденции наблюдаются, несмотря на мощный прогресс в изучении этиологии, диагностики, лечения и профилактики основных стоматологических заболеваний, при хорошей доступности данной информации не только профессиональному сообществу, но и широкой общественности. При этом в возникновении, течении, а также в профилактике многих стоматологических заболеваний важную (а при ряде заболеваний – ключевую) роль играет образ жизни пациента и его готовность следовать рекомендациям врача-стоматолога.

Для снижения распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний необходимо изменение образа жизни – в противном случае продолжится снижение уровня здоровья каждого конкретного пациента, а значит – и населения в целом. Для повышения эффективности профилактики врачу-стоматологу важно понимать роль пациента в лечении и реабилитации (и передать это понимание пациенту), поскольку результат стоматологического здоровья во многом зависит от того, будут ли соблюдены рекомендации (с указанными дозировками и сроками приема препаратов, и последовательностью действий и т.д.) в полном объеме, или нет.

Изучая комплаентность, целесообразно рассматривать особенности личности каждого пациента, обращающегося за медицинской помощью, поскольку это являются фактором, влияющим на ход и результат проводимого лечебного вмешательства. Одним из важнейших компонентов личности является мотивация на сохранение и укрепление здоровья. Однако, в настоящее время население России понятие «здоровье» ставит только на 6-е место из 10-ти основных жизненных приоритетов, при этом мотивация на сохранения здоровья полости рта остается закономерно низкая и не имеет тенденции к повышению [2, 6, 17].

Тему мотивации и её роль во всех специальностях медицины сложно переоценить. Согласно данным ВОЗ, уровень здоровья человека на 80% зависит от образа жизни, и соответственно, образ жизни с его привычками, ценностями и приоритетами является тем направлением, на которое наиболее разумно воздействовать, формируя полезные привычки для профилактики и повышения эффективности терапии заболеваний. Еще одним аргументом в пользу того, что приверженность лечению – это важнейший компонент терапии, являются статистические данные, свидетельствующие, что неисполнение пациентами рекомендаций врачей ежегодно приводит к 125 000 смертей, а около 10% всех случаев госпитализации связано с несоблюдением пациентами плана медикаментозного лечения [9, 10, 11, 18, 27, 32].

Структура приверженности многогранна, при этом вопросов о причинах низкой комплаентности, а также способов её повышения существует множество, немалая

часть которых на данный момент остается без ответа. Низкая комплаентность приводит к значительным проблемам здоровья и финансовым издержкам, как конкретного пациента, так на государственном уровне. Комплаентность в стоматологии имеет свои особенности, однако, как в любой медицинской специальности, важнейшим постулатом в контексте роли комплаентности является понимание пациентом важности его действий в ходе терапии.

Согласно определению ВОЗ, комплаентность — это степень соответствия поведения пациента в отношении применения лекарства, выполнения рекомендаций по питанию или изменению образа жизни назначениям и указаниям врача. Некоторые авторы используют термин «adherence» — приверженность, соблюдение правил, однако в большинстве источников данные термины являются взаимозаменяемыми (о чем подробно рассказано в предыдущих главах) [6, 10, 13, 21, 30]. Термин «комплаентность» стал активно использоваться в зарубежной медицине в 1970-х гг., в России же понятие приверженности лечению тогда называлось «мотивацией пациента».

Различными учеными в разные годы были проведены исследования, посвящённые оценке мотивации пациента и определению её роли с точки зрения особенностей его психофизиологических процессов в организме в формировании стоматологического здоровья [4, 16, 17]. Целая плеяда исследователей посвятила свои исследования изучению комплаентности (мотивации/приверженности) пациентов стоматологического профиля: список этих ученых представляет собой несколько сотен фамилий, роль каждого из них весома, а выводы их работ сыграли важную роль в науке и практике, их труды вошли в монографии и учебники.

Многими исследователями отмечалась важная роль соблюдения пациентом рекомендаций врача-стоматолога, в частности правил индивидуальной гигиены полости рта и регулярности диспансерного наблюдения. Так, Сунцов В. Г. с соавт. исследовали эффективность профилактики стоматологических заболеваний у дошкольников, тем самым инициировав ряд исследований в этом направлении и создав научную школу профилактики стоматологических заболеваний через повышение мотивации, санитарное просвещение и уроки здоровья [17]. По мнению этих авторов, для достижения максимальной мотивации (комплаентности) гигиеническое обучение и воспитание нужно проводить в детском возрасте, для чего была применена авторская методика формирования мотивации дошкольников, которая позволила повысить эффективность профилактики стоматологических заболеваний.

Приходина Т. Я., в свою очередь, оценивала мотивацию взрослых людей - работников крупного промышленного предприятия, исследуя приверженность профилактике заболеваний полости рта и лечению у врача-стоматолога [14]. Автором было установлено, что мотивация пациентов зависит от таких факторов как возраст, пол, профессиональный уровень и выраженность страха стоматологического лечения. Анализ результатов исследования инициировал совершенствование различных форм мотивации взрослых пациентов, доказав, что готовность выполнять рекомендации врача – это фактор, значимо влияющий на эффективность стоматологического лечения и повышение здоровья полости рта.

Фирсова И. В. изучала мотивацию к поддержанию стоматологического здоровья у военнослужащих и выявила, что основными факторами, снижающими у них мотивацию к профилактике и лечению стоматологических заболеваний, являются отсутствие убедительной для респондентов информации санитарно-просветительского характера, а также боязнь стоматологических манипуляций [18]. Она разработала и апробировала профилактический видеоматериал, дополненный визуальными стиму-

лами (кадры о последствиях несоблюдения гигиены полости рта), применение которого привело к достоверному повышению комплаентности и, как следствие, к улучшению стоматологического здоровья.

Постепенно начала происходить смена понятия «мотивация» на «комплаентность», однако в стоматологии и сейчас «комплаентность» используется отечественными исследователями значительно реже, чем в других медицинских специальностях. Возможно, в какой-то степени это связано с такими особенностями стоматологии, как более низкая частота назначения лекарственной терапии, а также отсутствие на данный момент действенных путей повышения комплаентности пациентов. Более того, до сих пор определение понятия «комплаентность» в стоматологии у разных авторов и исследователей имеет разночтения, в связи с чем приверженность пациентов к стоматологическому лечению оценивается разными способами. Различные авторы оценивают и исследуют «комплаентность» с различных точек зрения, как дополняющих, так порой и противоречащих друг другу.

Степанова Т. С. с соавт. определяли комплаентность как желание пациента вернуться на повторный стоматологический приём. В исследовании оценивалось эмоциональное состояние детей после проводимой процедуры фторирования зубов с использованием фтор-лака с вкусовыми добавками. Отмечалась вероятная роль возможности выбора вкуса в формировании доверительного отношения пациента детского возраста к врачу-стоматологу и готовности сотрудничать после предшествующей процедуры профессиональной гигиены. В исследовании Архановой О. Н. комплаентность стоматологических пациентов оценивалась по субъективным показателям, которые изучали в ходе ортодонтического лечения с помощью анкет. Шпак Н. С. определял низкую комплаентность пациента как фактор неуверенности человека в успехе лечения либо на удовлетворённость собственной внешностью.

По мнению одних исследователей, пол влияет на соблюдение рекомендаций врача: женщины характеризовались большей приверженностью [28], а согласно другим данным, комплаентность в стоматологии не зависит от пола, возраста, семейного положения и опыта терапии [23]. Ещё ряд авторов утверждает, что на комплаентность влияют такие психологические факторы, как самооценка, удовлетворенность от личных достижений, оптимистичность настроя в отношении будущего и низкая отчуждённость от общества [19, 21, 24].

Ситкина Е. В. использовала для определения комплаентности стоматологических пациентов психологическую диагностику и изменение объективных показателей после обучения гигиене в динамике. Впоследствии на основании результатов диагностики психологического профиля пациентов автором было предложено прогнозирование их поведения относительно индивидуальной гигиены полости рта. Лисовская Е. Д. оценивала комплаентность стоматологических пациентов и выделяла факторы, которые на неё влияют: одним из наиболее значимых факторов, увеличивающих приверженность лечению у стоматолога, было наиболее полное информирование пациента о его правах и обязанностях в ходе терапии. В противовес этому утверждению, Архарова О. Н. полагает, что пациенты с различными зубочелюстными аномалиями, осложнёнными другой стоматологической патологией, наоборот, характеризуются более низкой комплаентностью по сравнению с пациентами с различными аномалиями отдельных зубов.

Бармашева А. А. установила зависимость между соблюдением режима индивидуальной гигиены полости рта и комплаентностью в отношении медикаментозной терапии сахарного диабета II типа. Так, пациенты, обладающие более высокой приверженностью лечению основной соматической патологии, одновременно показывали

более удовлетворительные показатели гигиены полости рта. Данное утверждение также можно использовать для разработки методов косвенного прогноза комплаентности у врача-стоматолога посредством измерения приверженности лечению соматического заболевания.

Кабак Д. С. в своём обзоре литературы отмечает, что использование научного опыта и выводов относительно комплаентности в стоматологии, полученного зарубежными исследователями, в условиях российской действительности нецелесообразно ввиду особенностей менталитета [7]. Однако другие исследователи ставят под сомнение существование менталитета как явления и предлагают использовать те же методы оценки комплаентности и её повышения, что и в других странах.

Таким образом, работы отечественных авторов демонстрируют различное понимание термина «комплаентность» в стоматологии, и, как следствие, рекомендуют применять разные способы её оценки. Большинство исследователей подходят к этой проблеме достаточно узко, с точки зрения своих профессиональных особенностей и интересов. Вероятно, различия во мнениях связаны и с теми фактами, что для оценки комплаентности авторами использовались значимо разные методы анкетирования, что имеет место влияние симптомов болезни/патологии на поведение человека, а также что есть такой фактор, как невозможность контроля влияния психоэмоциональных особенностей отдельных респондентов.

Изложенное демонстрирует, что проблема комплаентности в стоматологии актуальна, однако традиционные способы её измерения не могут быть применены из-за недостаточной универсальности и валидности методов. Во многом это связано с тем, что используемые авторские анкеты не соответствуют современным требованиям оценки приверженности в клинической практике. Более того, немногочисленные предложенные способы повышения приверженности пациентов лечению также не являются универсальными, поскольку охватывают лишь частные аспекты работы врачей-стоматологов отдельных специальностей и не были апробированы в масштабных исследованиях. Ряд авторских опросников, которые применяются в стоматологии с целью исследования отдельных групп заболеваний основной особенностью имеют оценить только приверженность лекарственной терапии, чего недостаточно для принятия эффективных врачебных решений по комплексной коррекции лечения в стоматологии.

Современная концепция комплаентности в стоматологии предполагает, что лечение стоматологических заболеваний в значительной мере имеет целью изменение образа жизни, повседневных привычек и коррекцию индивидуальной гигиены [6, 10, 19], при этом определение комплаентности в стоматологии часто более широкое, чем в других медицинских специальностях [17], поскольку, помимо ответственности пациента за приём назначенных врачом лекарственных средств, в него необходимо включать компетентность в вопросах индивидуальной профилактики стоматологических заболеваний, ответственность за выполнение назначений врача и результат лечения. Все эти проблемы успешно решает система опросников КОП-25. Она содержит в себе вопросы, направленные на оценку приверженности не только лекарственной терапии, но и периодическому посещению врача, самоконтроля состояния и изменения образа жизни: благодаря этому, возможно оценить интегральную приверженность пациента [10, 13].

Согласно литературным данным, шкалы КОП-25 для оценки потенциальной приверженности, позволяют прогнозировать комплаентность здорового пациента, при этом обладая высокой чувствительностью, специфичностью и надёжностью [10, 13]. Учитывая изложенное, для изучения комплаентности одной из самых уязвимых когорт

населения – лиц детского и подросткового возраста был проведен опрос обучающихся 11-14 лет по КОП–25[28].

Для сбора данных использована специализированная анкета КОП-25–1.4.2 [17]. Опрос проводился в общеобразовательных школах г. Омска. Всего было опрошено 493 человека. Анкетирование носило индивидуальный характер: каждый подросток самостоятельно заполнял анкету в присутствии исследователя, что позволило исключить влияние мнения сверстников на ответы. Участие было добровольным и основано на информированном согласии родителей и детей. Критерии исключения из исследования: нежелание участвовать в исследовании, либо невозможность получить полный объём необходимой информации.

Сравнительный анализ выполняли по половому признаку и по возрастным подгруппам: 11–12 лет (младшие подростки, учащиеся 5–6 классов, n=201) и 13–14 лет (старшие в выборке подростки, 7–8 классы, n=292). Данные обработаны с использованием методов описательной статистики и критериев значимости различий. Для сравнения долей использован χ^2-критерий Пирсона, уровень статистической значимости принимался $p < 0,05$. В результате были выделены ключевые тенденции и различия по целевым вопросам исследования.

Из 493 опрошенных обучающихся девочки составили 52,6%, мальчики – 47,4%. Гендерно-возрастная структура выборки представлена на рис. 1.

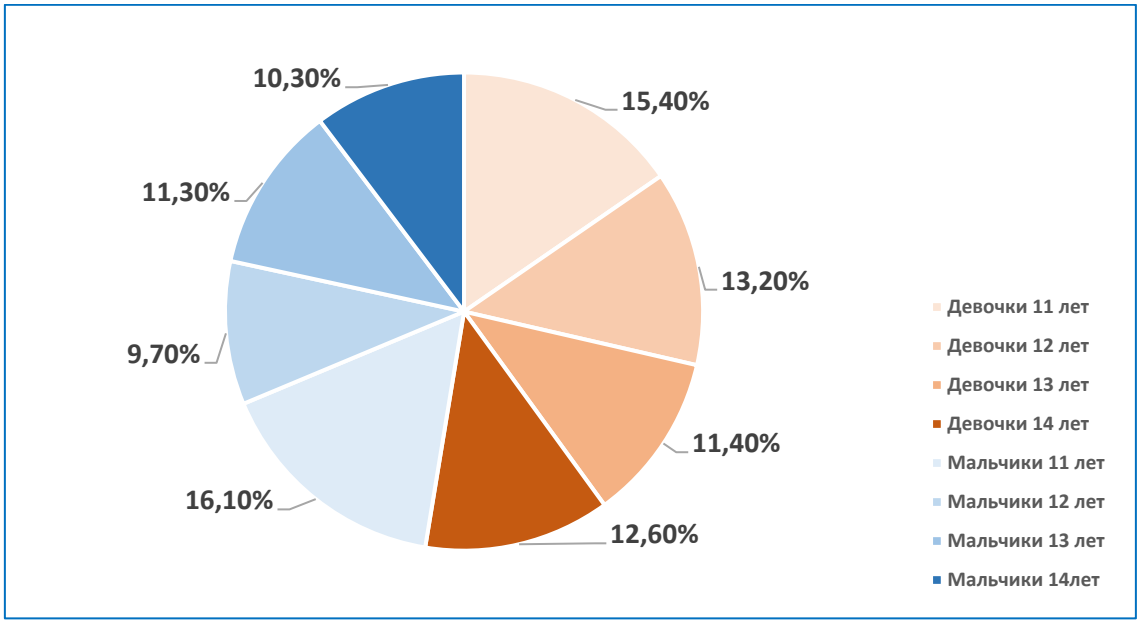

Рисунок 1. Гендерно-возрастная структура участников исследования.

Полученные данные свидетельствуют о низкой комплаентности наших респондентов: лишь каждый второй подросток добросовестно следует врачебным назначениям в полном объеме. При этом девочки оказались несколько более комплаентны в отношении лекарственной терапии, чем мальчики: среди девочек

[28] Приверженность лечению. Российское национальное руководство. Краткое издание для практических врачей. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Авдеев В.Н., Анисимов В.Н., Арутюнов Г.П., Ашрафян Л.А., Бабунашвили А.М., Балыкова Л.А., Барбараш О.Л., Васильева И.А., Виноградов О.И., Гинцбург А.Л., Горелов А.В., Драпкина О.М., Иоселиани Д.Г., Карпов Р.С., Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Лазебник Л.Б. и др. Терапия. 2023. Т. 9. №S1 (63). С. 1–108.

63% заявили, что принимают лекарства строго по схеме, тогда как среди мальчиков таких оказалось 53%. Разница стала особенно заметна в старшей группе: девочки 13–14 лет намного реже пропускали прием и реже самовольно прекращали курс лечения, тогда как у мальчиков того же возраста доля нарушающих режим приема оказалась существенно выше.

Подавляющее большинство респондентов всех возрастных групп (от 76,6% мальчиков 5 класса до 100% девочек 6 и 8 классов) считают важным знать проявления своей хронической болезни. Наименьшая заинтересованность в информации о симптомах наблюдается у мальчиков (23,4% в 5 классе и 17,5% в 6 классе). У девочек этот показатель значительно ниже (4% в 5 классе и 9,3% в 7 классе, в 6 и 8 классе – и вовсе 0%) – то есть большая часть девочек желают знать подробнее о своем здоровье или заболевании.

Полученные результаты соответствуют данным специализированных исследований: в выборке подростков с трансплантатом почки существенные гендерные различия в приверженности проявились только в старшем подростковом возрасте (17–24 года), где девушки демонстрировали значительно более высокую приверженность терапии, тогда как в группе 11–16 лет различий по полу практически не наблюдалось [31].

В нашей выборке тренд аналогичен – по мере взросления девочки показывают несколько лучшую дисциплину в приеме лекарств и готовность выполнять рекомендации, чем мальчики. В среднем девочки ответственнее относятся к медикаментозному лечению (63% против 53% у мальчиков). Особенно заметен разрыв в старшей группе (13–14 лет), что согласуется с данными о более высоком уровне самодисциплины у девушек-подростков старшего возраста [7, 10].

При назначении врачом лекарства, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет большинство учащихся (от 68,8% девочек 7 класса до 89,5% мальчиков 8 класса) не считали сложным ежедневный прием одного препарата. Однако, доля тех, кто испытывает трудности, возрастала с переходом в старшие классы, особенно у девочек (с 16% в 5 классе до 31,2% в 7 классе и 25% в 8 классе).

А вот приём лекарств, которые нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет оказалось более сложным для всех респондентов. Доля тех, кто отметил трудности, варьируется от 12% девочек 5 класса до 35,7% девочек 8 класса. У мальчиков сложности отмечают от 17,5% в 7 и 8 классах до 33,4% в 5 классе.

Если же врач назначил несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, то процент тех, кто считает это сложным, еще увеличивался – от 20% девочек 5 класса до 35,8% девочек 8 класса. У мальчиков этот показатель варьируется от 15,8% в 8 классе до 30% в 5 и 7 классах. Заметим, что тенденция большей готовности следовать назначениям врача во всех возрастных группах преобладает именно у девочек.

Основные причины пропуска или досрочного прекращения приема лекарств, упомянутые подростками в анкете, – это забывчивость (48% ответов), уверенность, что «уже достаточно пролечился» при улучшении самочувствия (32%), и неудобства или стеснение при необходимости принимать препарат в школе или при друзьях (27%). Интервью при индивидуальном заполнении анкеты дали возможность разговора с каждым школьником, что дополнило информацию анкеты, сделав опрос более детальным.

Следует отметить, что мотивация и образ мыслей современных подростков часто препятствуют регулярному лечению: стремление не выделяться среди сверстников и избегать лишнего внимания приводит к пропускам приема доз в

школе, а недостаточное понимание важности доведения курса лечения до конца – к самовольной отмене терапии после первых улучшений. Представляет немалый интерес и рассуждение о том, что при реальной (а не гипотетической) необходимости лечения подростков, контроль за ними осуществляли бы взрослые, поэтому копировали ли школьники при ответе на вопросы анкеты те реальные ситуации, как у них проходила терапия в действительности, или излагали собственные подходы – пока остается открытым.

При ответе на вопрос о предложении врача каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни большинство респондентов (от 60% мальчиков 5 класса до 72,2% девочек 6 класса и 71,9% девочек 7 класса) не считали ежедневный мониторинг симптомов сложным. Однако оказалось, что значительная часть подростков в старших классах испытывает с этим трудности: доля таких ответов варьируется от 27,8% девочек 6 класса до 37,5% мальчиков 7 класса (рис. 2).

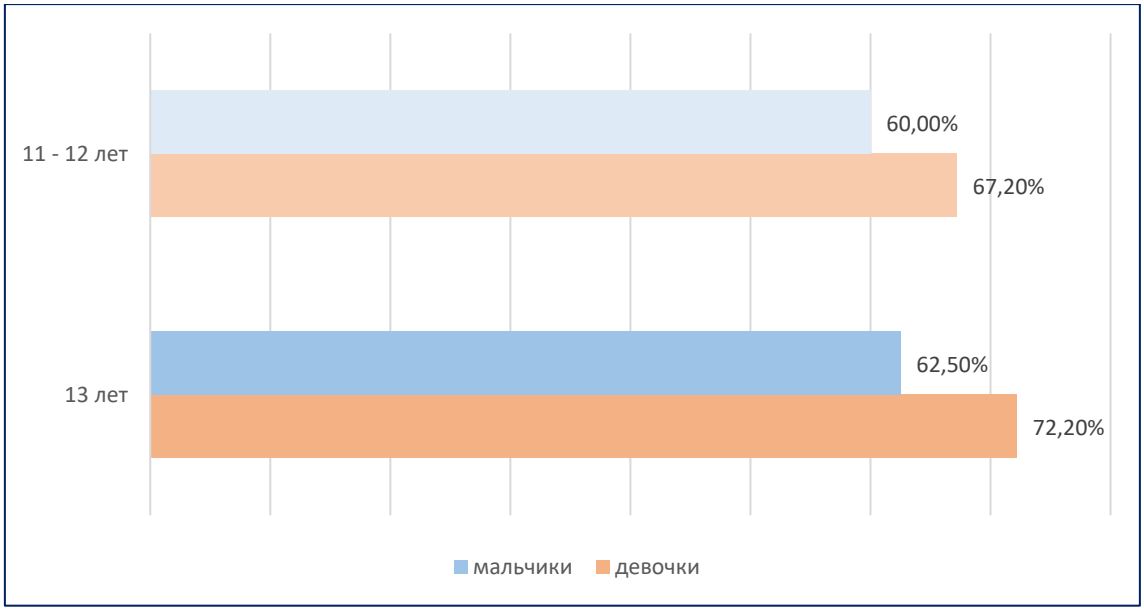

Рисунок 2. Необходимость ежедневного мониторинга симптомов болезни (доля не испытывавших затруднений мальчиков и девочек 13-ти лет в сравнении с общей выборкой).

Для большинства опрошенных (от 55,6% девочек 6 класса до 84% девочек 5 класса и 82,1% девочек 8 класса) отсутствие симптомов болезни также является важным фактором. Интересно отметить разброс в ответах девочек 6 класса, где почти половина (44,4%) считала этот аспект менее значимым. При этом у мальчиков процент ответов «важно» был стабильно высоким (от 71% в 8 классе до 79,3% в 5 классе).

Вопросы о готовности изменять образ жизни (рис. 3) выявили, насколько учащиеся готовы следовать немедикаментозным рекомендациям врача, таким как изменение режима дня, диеты, увеличение физической активности и отказ от вредных привычек.

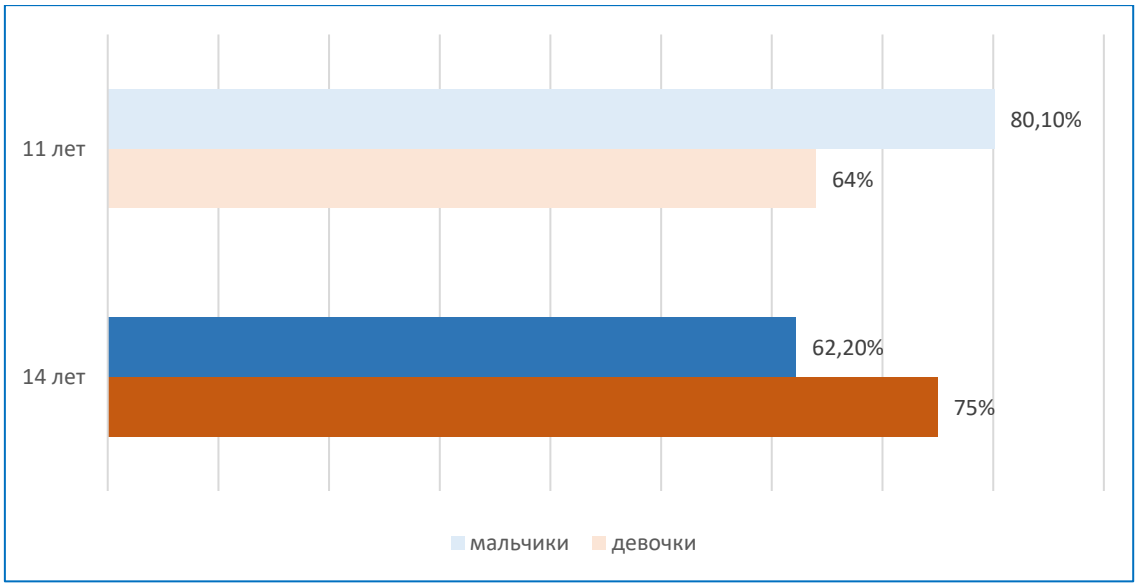

Рисунок 3. Готовность к изменению образа жизни (доля не испытывавших затруднений мальчиков и девочек 14-ти лет в сравнении с общей выборкой).

Выяснилось, что полностью готовы изменить свой образ жизни по рекомендации врача лишь 45% школьников. Остальные настроены менее решительно: 41% ответили «возможно, если это не слишком сложно», а 14% прямо указали, что им трудно или неинтересно менять свои привычки даже ради здоровья. Таким образом, более половины учащихся могут испытывать трудности с выполнением профилактических и реабилитационных рекомендаций, требующих волевых усилий и изменения устоявшегося распорядка.

Девочки в целом выразили значимо большую готовность следовать рекомендациям по образу жизни, чем мальчики (50% против 39%, $p<0,05$). Кроме того, наблюдается отчётливая тенденция снижения мотивации с возрастом: среди 11–12-летних согласны на изменения (например, начать правильно питаться, больше спать, ограничить гаджеты) около 52%, тогда как среди 13–14-летних таковых лишь 38%.

Такой результат отражает нарастающую с возрастом устойчивость поведенческих привычек и снижение податливости рекомендациям. В младшем подростковом возрасте дети ещё во многом прислушиваются к авторитету взрослых и более готовы следовать указаниям, тогда как к 14-ти годам появляется скепсис и стремление к самостоятельности, что часто выражается в сопротивлении навязанным изменениям. Тем не менее гендерный фактор остаётся значимым: девочки, даже в старшей возрастной группе, чаще мальчиков готовы, например, соблюдать диету или режим по совету врача. Это может быть связано и с большей склонностью девушек заботиться о внешности и самочувствии, и с общей большей дисциплинированностью в данном возрасте.

Девочки оказались более лояльны немедикаментозным рекомендациям (каждая вторая девочка готова выполнять такие советы, тогда как среди мальчиков лишь каждый третий-четвертый). Кроме того, в 11–12 лет общий энтузиазм по выполнению рекомендаций был существенно выше, чем в 13–14 лет. Полученные цифры созвучны данным медико-социальных исследований, приведенных в доступной литературе: известно, что большинство детей и подростков не готовы самостоятельно инициировать изменения в образе жизни (например, при

необходимости снижения веса) из-за особенностей эмоционально-волевой сферы. [16, 32]

При появлении хронической болезни, которая вынуждает изменить привычный образ жизни, адаптация к новому образу жизни оказалась сложной для большинства респондентов: от 62,2% мальчиков 8 класса до 80,1% мальчиков 5 класса отметили трудности. У девочек этот показатель еще выше – от 64% в 5 классе до 75% в 8 классе (рис. 4). Если же хроническая болезнь вынуждает изменить привычную диету – это представляет сложности для подростков: доля тех, кто считает это сложным, колеблется от 32,5% мальчиков 7 класса до 60% мальчиков 5 класса, у девочек показатели варьируются от 48% в 5 классе до 57,1% в 8 классе.

Исследование показало (рис. 4), что около 72% опрошенных в целом стараются выполнять рекомендации врача (принимать лекарства, проходить процедуры, следовать советам по режиму). При этом только 32% выполняют все указания неукоснительно, остальные 40% делают это «по мере возможности» или выполняют только те рекомендации, которые считают для себя важными. Остальные школьники (28%) откровенно признают, что часто игнорируют советы врача – например, забывают про назначенную гимнастику, не придерживаются диеты, не приходят на повторные приемы.

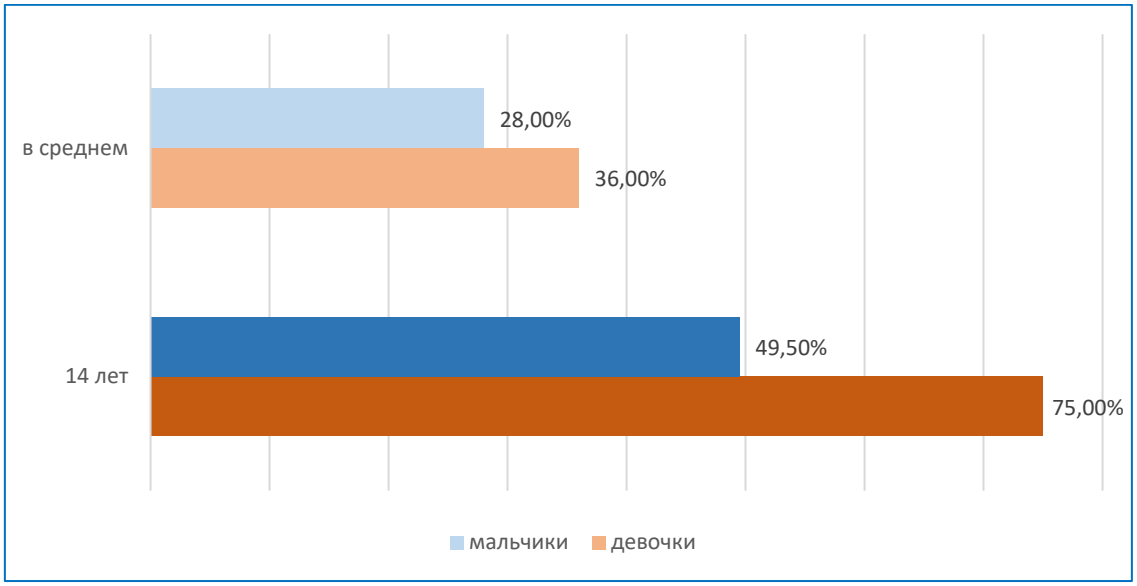

Рисунок 4. Готовность к выполнению рекомендаций врача (доля не испытывавших существенных затруднений мальчиков и девочек 14-ти лет в сравнении с общей выборкой).

Сопоставление групп показывает, что девочки в среднем более склонны следовать врачебным назначениям, чем мальчики: полностью соблюдают все рекомендации 36% девочек против 28% мальчиков ($p<0,05$). Если включить частичное выполнение, то «комплаентными» (в целом следующими советам) можно считать 76% девочек и 68% мальчиков. Основные причины несоблюдения рекомендаций, указанные подростками в беседе, – это отсутствие времени/лень (56%), забывчивость (48%), а также недоверие к эффективности назначений (21%). Отношение к медицинским работникам в целом нейтрально-положительное: 84%

респондентов заявили, что доверяют своему врачу. Однако при детальном расспросе выявились нюансы: старшие подростки чаще выражали сомнения в компетентности врача или боязнь, что врач «не поймет их проблемы» (особенно по чувствительным темам): особое беспокойство проявляли девочки 13–14 лет. Это соответствует литературным данным о значимости доверия и конфиденциальности: подростки ценят уважительное отношение и сохранение тайн, и при недостатке доверия могут не соблюдать рекомендации и избегать обращения за помощью. [18, 34]. Информация о возможном негативном влиянии лекарств на сексуальные функции значительно снижает готовность подростков к их приему, особенно у мальчиков. В 8 классе только 49,5% мальчиков готовы принимать такие лекарства, в то время как среди девочек этот показатель составляет 75%. У девочек также наблюдается снижение готовности с возрастом, но оно менее выражено.

Обращает на себя внимание осведомленность и осознанность школьников в вопросах социальной помощи государства (рис. 5). При ответе на вопрос о том, что в случае если хроническая болезнь может привести к ограничению или утрате трудоспособности, то подавляющее большинство респондентов (от 66,6% девочек 6 класса до 96,5% девочек 8 класса) считают важным получать социальную помощь при ограничении трудоспособности из-за болезни. У мальчиков этот показатель также высокий, но немного ниже, чем у девочек (от 70% в 5 классе до 89,8% в 7 классе).

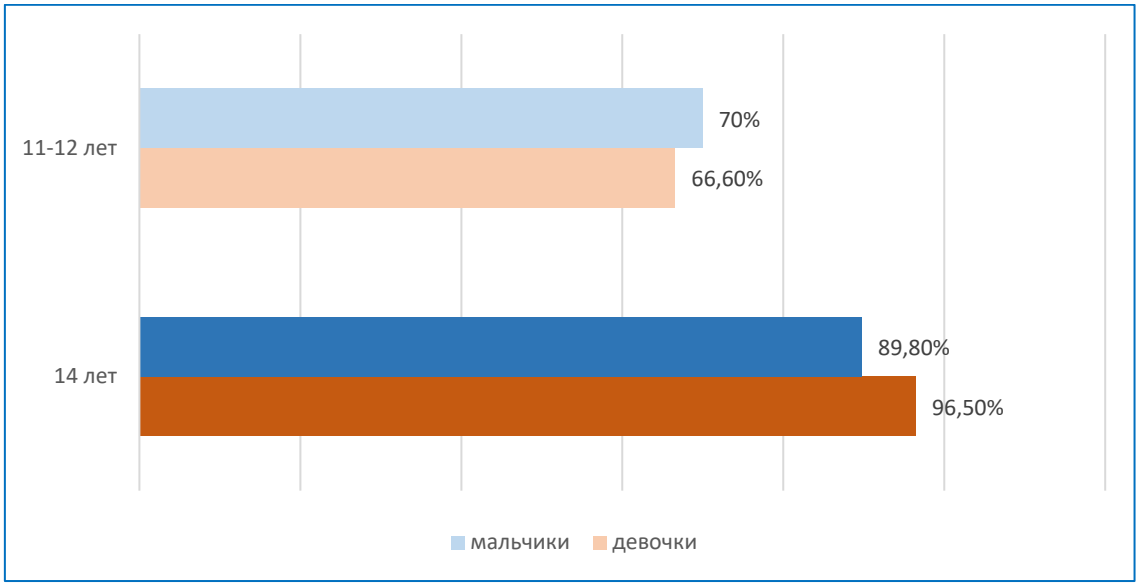

Рисунок 5. Заинтересованность в социальной помощи государства (доля мальчиков и девочек 14-ти лет в сравнении с общей выборкой)

Возрастной анализ показывает некоторое снижение комплаентности к 14 годам. Так, доля полностью следующих назначениям снизилась с ~35% в 11–12 лет до ~29% в 13–14 лет. Различие невелико и вписывается в общую картину возрастных изменений: по мере обретения самостоятельности подростки чаще действуют по своему усмотрению, а не просто по указке взрослых. Тем не менее большинство (около 70%) даже в старшей группе стараются выполнять хотя бы основные рекомендации врача, особенно при серьезных симптомах. В частности, в случае, если врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы/регулярно приходить на приём, большинство респондентов готовы регулярно проходить обследование: у девочек — от 84,4% / 87,6% в 7 классе до 96%

в 5 классе, у мальчиков — от 79,2% в 5 классе / 82,1% в 7 классе до 86,9% в 6 и 8 классах / 91,3% в 6 классе.

В целом результаты анкетирования указывают на ряд проблемных зон в комплаентности подростков 11–14 лет. К ключевым следует отнести: склонность значительной доли учащихся прекращать лечение преждевременно при первых признаках улучшения; недостаточная мотивация к изменению вредных или нездоровых привычек; частичное игнорирование профилактических советов (режим, питание, упражнения); а также влияние факторов доверия и внешнего контроля на выполнение рекомендаций.

Полученные данные дают возможность сравнения результатов как по возрасту, полу, так и по всем иным характеристикам и параметрам, что в свою очередь, является ценным для исследований комплаентности в стоматологии. Можно отметить их соответствие общемировым тенденциям.

Проблема низкой приверженности подростков к лечению носит глобальный характер: по данным обзоров, уровень несоблюдения терапевтических режимов среди подростков варьирует от 30% до 70% в зависимости от заболевания и условий [4, 29, 32]. Однако возникает закономерный вопрос о реализации таких установок у взрослых, которые сформировали подобный уровень ценности здоровья в возрасте детей и подростков, и которые обязаны сейчас следить за здоровьем уже своих детей.

Около 50% обследованных школьников допускают нерегулярный прием лекарств или неполное выполнение рекомендаций. Это показывает, что относительно здоровые дети без тяжелых хронических болезней не всегда придерживаются советов по укреплению здоровья и лечению. Возможной причиной может быть то, что в силу возраста и отсутствия серьезных проблем со здоровьем, у них не сформирована ценность здоровья.

Факторы, влияющие на комплаентность, во многом универсальны: это и личностные черты (организованность, ответственность, уровень тревожности), и семейное окружение (стиль воспитания, контроль со стороны родителей, наличие семейных конфликтов), и социально-экономический контекст (доступность медпомощи, информированность, культура здоровья в обществе). [6, 7, 17, 21, 29, 33]

Интересно, что выявленные гендерные различия в комплаентности носят сложный характер. С одной стороны, девочки показали большую готовность соблюдать рекомендации по образу жизни и лечению. С другой стороны, по данным некоторых работ, женщины-подростки могут сталкиваться с определенными специфическими препятствиями к соблюдению терапии (например, скрывают проблемы психического здоровья и не обращаются за помощью из-за недоверия [27]). В тоже время, ряд исследований хронических заболеваний свидетельствует, что в старшем подростковом возрасте женский пол является предиктором более высокой приверженности лечению. [31] Наши результаты в целом поддерживают последнюю модель: более серьезные нарушения рекомендаций врача чаще допускали мальчики. Возможно, более высокая общая «рискованность» поведения у юношей (статистически подростки-мальчики чаще злоупотребляют вредными привычками, пропускают занятия, получают травмы [27]) коррелирует и с меньшей склонностью придерживаться режима лечения. Девочки же, несмотря на эмоциональную лабильность, зачастую более осторожны и восприимчивы к вопросам здоровья, что положительно сказывается на комплаентности.

Практические импликации нашего исследования связаны с разработкой мер по повышению приверженности лечению и здоровому образу жизни среди школьников. Они заключаются в следующем.

Во-первых, необходимо внедрять просветительские программы по профилактике стоматологических заболеваний для подростков, доступно объясняющие важность полного соблюдения рекомендаций врача и долгосрочные выгоды соблюдения медицинских рекомендаций. При этом опора на авторитетные источники и примеры, близкие подросткам, поможет преодолеть их ощущение неуязвимости.

Во-вторых, важно работать с родителями: укреплять их участие в контроле соблюдения лечения подростка, при этом без чрезмерного давления или опеки. Семья должна выступать партнером, создающим условия для выполнения рекомендаций (напоминать о приеме лекарств, готовить здоровую пищу, поддерживать режим сна и активности).

В-третьих, врачу и школьному медицинскому персоналу следует выстраивать отношения доверия с подростком. Они включают индивидуальный подход, уважение к его мнению, обсуждение плана лечения как сотрудничества, обеспечение конфиденциальности бесед. Доказано, что эффективная коммуникация медработника с подростком значительно повышает приверженность лечению [23].

В-четвертых, исследования показывают эффективность текстовых сообщений и мобильных приложений для улучшения соблюдения режима лечения у подростков с хроническими заболеваниями [24]. Поэтому в стоматологической практике также будут эффективны современные технологии коммуникативной поддержки и сопровождения пациентов: напоминания о приеме лекарств через приложения, онлайн-консультации, интерактивные программы по здоровому образу жизни, ориентированные на молодежь [24]. Такие подходы можно применять и в общей популяции школьников, чтобы вовлечь их в процесс заботы о здоровье в привычной цифровой среде.

В-пятых, необходимо учитывать, что комплаентность – не только медицинская, но и социально-психологическая проблема. Поведение подростка определяется его ценностями, установками, социальными связями. Поэтому программы по укреплению приверженности должны сочетать медицинские знания с элементами психологии и педагогики: развитие самосознания, ответственности за свое здоровье, навыков самоконтроля. Для успешной медико-социальной адаптации подростков необходим комплексный подход, объединяющий усилия врачей, психологов, педагогов и семьи [25, 26]. Только в этом случае можно рассчитывать на формирование у подрастающего поколения осознанного и ответственного отношения к своему здоровью и рекомендациям специалистов.

Выполненное исследование позволило выявить ряд существенных особенностей комплаентности у городских школьников 11–14 лет. На фоне роста распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний, возникновение и/или развитие которых связано с образом жизни – с одной стороны, и снижения авторитета врача, с другой – вопрос изучения комплаентности и способов её повышения приверженности лечению является актуальным. В исследовании были получены следующие данные:

- приверженность подростков данного возраста медицинским рекомендациям находится на низком уровне: значительная часть учащихся выполняет назначения врача не полностью либо с отклонениями, а профилактика стоматологических забо-

леваний и эффективность их терапии без готовности пациента выполнять рекомендации врача в течение длительного времени имеет низкую результативность и высокую вероятность рецидива;

- лица женского пола, вне зависимости от возраста, обладают существенно более высоким уровнем комплаентности, чем представители мужского пола;

- ценность здоровья для детей и подростков обоих полов статистически значимо ниже, чем для взрослых;

- готовность вносить изменения в привычный образ жизни в соответствии с рекомендациями врача у детей и подростков в среднем выше, чем у взрослых.

Полученные результаты дают обоснование необходимости более детального изучения вопроса с целью повышения уровня здоровья населения.

Особое внимание должна привлечь проблема низкой приверженности длительному соблюдению режима лечения (некоторые подростки прекращают прием лекарств при первых улучшениях) и плохой мотивации к профилактическим мерам, требующим активного участия пациента (изменение привычек, режима дня).

В ранее опубликованных нами работах[29] получены данные, которые доказательно демонстрируют связь между активностью течения кариеса зубов, соматической патологией и осложнённым течением беременности у матерей. Это демонстрирует, что повышение комплаентности является действенным способом повышения уровня здоровья населения и будущих поколений, а в отдельных ситуациях – и единственным способом.

Полученные результаты подтверждают ряд наблюдений, ранее описанных в литературе, и вносят дополнительные уточнения относительно влияния пола и возраста:

1. Девочки-подростки продемонстрировали более высокую комплаентность, чем мальчики, по ряду параметров: они ответственнее подходят к приему медикаментов (меньше пропусков и самовольных отмен), а также чаще выражают готовность изменить образ жизни ради здоровья. Одновременно девочки критичнее оценивают свое здоровье и скорее замечают отклонения, что может стимулировать обращение за помощью, но и сопровождаться эмоциональными переживаниями. Мальчики же склонны реже признавать наличие проблем и несколько более халатно относятся к выполнению рекомендаций, особенно если не ощущают себя больными.

2. С возрастом (от 11–12 к 13–14 годам) приверженность снижается. Старшие подростки более скептичны к указаниям взрослых и чаще пренебрегают советами врачей, мотивируя это либо ощущением выздоровления, либо нежеланием менять привычный образ жизни. В 13–14 лет ярче проявляется стремление к самостоятельности, что порой вступает в конфликт с требованиями дисциплины лечения. Тем не менее большинство подростков даже в этом возрасте готовы выполнять рекомендации, если понимают их необходимость, особенно при серьезных симптомах.

3. Ключевые аспекты комплаентности – восприятие здоровья, медикаментозная дисциплина, образ жизни и следование врачебным назначениям – тесно связаны с психологическими факторами. Недостаточная осознанность ценности, убежденность подростка в своей неуязвимости и влияние сверстников снижают мотивацию соблюдать долгосрочные рекомендации. Напротив, высокий уровень доверия к врачу, поддержка семьи и понимание последствий повышают приверженность. Наши данные особенно подчеркивают роль доверия: если подросток чувствует уважение и участие со стороны медицинского работника, он охотнее выполняет назначение.

[29] Волошина, Ирина Михайловна. Кариес зубов высокой степени риска у детей: автореферат дисс. ... доктора медицинских наук. Тверь, 2020. 53 с.

4. Для повышения комплаентности среди школьников 5–8 классов необходим комплекс мероприятий, учитывающий выявленные особенности, включающий образовательные программы для подростков (формирование правильных установок на здоровье), работу с родителями (разъяснение их роли в контроле лечения), совершенствование коммуникации «врач – подросток» (обеспечение конфиденциальности, партнерский стиль общения) и использование цифровых решений для поддержки дисциплины лечения. Важным направлением является также включение тематики здорового образа жизни и ответственности за здоровье в школьную программу и внеклассные активности, чтобы формировать соответствующие ценности в подростковой среде.

Данное исследование ограничено рамками одной возрастной группы учащихся средней школы и основано на самоотчете подростков, что могло повлиять на объективность отдельных оценок. Перспективы дальнейшей работы авторы видят в расширении возрастного диапазона (включение старшеклассников), а также в более глубоком анализе влияния социально-психологических факторов (тип семьи, наличие хронических заболеваний, академическая успеваемость, психологическое состояние) на комплаентность. Тем не менее полученные результаты уже сейчас могут служить основой для разработки адресных мер по улучшению приверженности к лечению и здоровому образу жизни среди подростков. Укрепление комплаентности школьников – залог более эффективной профилактики болезней и инвестирование в здоровье будущего взрослого населения. Повышение ответственности подростков за свое здоровье и формирование у них устойчивой мотивации к выполнению медицинских рекомендаций останется одной из важнейших задач педагогов, врачей и общества в целом.

Литература

1. Айер, У. А. Психология в стоматологической практике / У. А. Айер ; У. Айер ; [пер с англ. Т. Н. Макаровой] ; под ред. В. В. Бойко. – Москва [и др.] : Питер, 2008. – 219 с. – (Серия "Краткий справочник"). – ISBN 978-5-91180-737-5. – EDN QLQKLF.

2. Алимский, А. В. Роль метода объективной визуализации в выявляемости кариозных поражений зубов и повышении уровня мотивации пациентов к санации / А. В. Алимский, А. А. Макарова, В. В. Садовский // Институт стоматологии. – 2009. – № 3(44). – С. 24-25. – EDN KZTUVT.

3. Архарова, О. Н. Изучение комплаентности ортодонтических пациентов / О. Н. Архарова // Стоматология для всех. – 2015. – № 4. – С. 44-45. – EDN VTRALL.

4. Ашуров Г. Г., Миъроджова Н. А., Муллоджанов Г. Э., Исмоилов А. А., Хулаев И. В., Микая М. З., Сойхер М. И. Результаты изучения комплаентности пациентов с синдромом тесного положения зубов в сочетании с зубочелюстной аномалией к гигиене полости рта и пародонтологическому лечению // Медицинский алфавит. — 2025. — № 1. — С. 34–38.

5. Бичун, А. Б. Предпосылки для улучшения комплаенса пациентов, планирующих ортодонтическое лечение / А. Б. Бичун, Н. Е. Малахова // Институт стоматологии. – 2020. – № 3(88). – С. 16-19. – EDN NKERQK.

6. Волошина И. М., Беликова Е. В. Кариес зубов высокой степени риска и комплаентность пациента // Эндодонтия Today. — 2020. — Т. 18, № 2. — С. 41–44. endodont.ruendodont.ru

7. Волошина И. М. Оценка и систематизация факторов, влияющих на возникновение кариеса зубов высокой степени риска у детей // Институт стоматологии».-2022.- N1 (94).-С.70-72

8. Кабак, Д. С. Общее представление о комплаентности пациентов. Обзор литературы / Д. С. Кабак // Стоматология для всех. – 2018. – № 3. – С. 38-41. – EDN УАКХОН.

9. Лисовская, Е. Д. Факторы, влияющие на комплаентность стоматологических пациентов / Е. Д. Лисовская // Сибирское медицинское обозрение. – 2015. – № 6(96). – С. 92-95. – EDN VEAFCH.

10. Макарова, А. А. Изучение объективной визуализации как фактора мотивации пациента к комплексной санации полости рта : специальность 14.00.21 14.00.33 : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Макарова Алена Анатольевна. – Москва, 2009. – 25 с. – EDN QGRDED.

11. Николаев Н.А. Система комплексной оценки приверженности в медицине КОП-25. Авторское руководство для врачей и исследователей; научная монография. – М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2024. – 100 с.

12. Особенности отношения к стоматологическому лечению и здоровью у лиц с медицинским и немедицинским образованием / Е. В. Ситкина, И. А. Трегубенко, Е. А. Беляева, Е. Р. Исаева // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. – 2019. – Т. 16, № 1. – С. 71-87. – DOI 10.22363/2313-1683-2019-16-1-71-87. – EDN VPOUGN.

13. Особенности формирования комплаентного поведения у пациентов стоматологической клиники / Е. В. Ситкина, Е. Р. Исаева, В. В. Тачалов [и др.] // Клиническая и специальная психология. – 2019. – Т. 8, № 1. – С. 137-161. – DOI 10.17759/cpse.2019080109. – EDN VAQSHU.

14. Приверженность в клинической практике : Международное методическое руководство / Н. А. Николаев, А. И. Мартынов, Ю. П. Скирденко [и др.]. – Москва : Издательский Дом "Академия Естествознания", 2023. – 228 с. – ISBN 978-5-91327-776-3. – DOI 10.17513/np.573. – EDN CALUFJ.

15. Приходина, Т. Я. Мотивации пациентов к профилактике и лечению у стоматолога в условиях крупного промышленного предприятия: специальность 14.00.21 : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Приходина Тамара Яковлевна. – Омск, 1993. – 21 с. – EDN ZLISEX.

16. Профилактика профессионального стресса и синдрома эмоционального выгорания у стоматолога / А. А. Саркисов, А. Д. Хритинин, К. Г. Караков, Е. С. Кипарисова // Вестник Медицинского стоматологического института. – 2013. – № 4(27). – С. 7-9. – EDN УЈЈLTH.

17. Ситкина, Е. В. Связь индивидуально-личностных особенностей пациентов и приверженности выполнению рекомендаций врача по гигиене полости рта / Е. В. Ситкина //

Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. – 2019. – № 3. – С. 141-160. – DOI 10.11621/vsp.2019.03.141. – EDN ARLTAU.

18. Сунцов В.Г., Волошина И.М. Влияние различных факторов риска в формировании декомпенсированной формы кариеса у детей г. Омска // Институт стоматологии. – Санкт-Петербург.-2008. -№2 (39).-С.30-31

19. Сунцов В.Г., Дистель В.А., Волошина И.М. Идеология формирования личности будущего врача на кафедре стоматологии детского возраста // Омский научный вестник. -2008. № S1-3.- С. 235-237

20. Фирсова, И. В. Комплаентность во взаимоотношениях врача-стоматолога и пациента / И. В. Фирсова, А. А. Филимонов // Социология медицины. – 2008. – № 1(12). – С. 26-31. – EDN TODVQB.

21. Фирсова, И. В. Комплаентность как результат компетентностного подхода к лечению в стоматологической практике / И. В. Фирсова, В. Ф. Михальченко, Ю. А. Македонова // Российская стоматология. – 2014. – Т. 7, № 1. – С. 46-48. – EDN SDZKFN.

22. Фирсова, И. В. Комплаентность пациента в стоматологической практике / И. В. Фирсова, Д. В. Михальченко, А. В. Малюков // Социология медицины. – 2009. – № 1(14). – С. 20-22. – EDN KWSEOL.

23. Фторпрофилактика кариеса как метод повышения комплаентности пациентов детского возраста / Т. С. Степанова, О. Ю. Кузьминская, О. М. Фадеева, С. А. Василевский // Институт стоматологии. – 2020. – № 3(88). – С. 60-61. – EDN ORYPWH.

24. Характеристика психологических особенностей пациента на стоматологическом приеме / А. А. Саркисов, А. Д. Хритинин, М. Н. Пузин, К. Г. Караков // Вестник Медицинского стоматологического института. – 2013. – № 3(26). – С. 47-50. – EDN YJJLGP.

25. Шпак, Н. С. Апробация клинического использования. Индекса приверженности к ортодонтическому лечению / Н. С. Шпак, Ю. М. Глухова // Институт стоматологии. – 2011. – № 4(53). – С. 10-11. – EDN OPRTPT.

26. Яшина Н. И., Нестерова С. М. Комплаенс как успешная практика терапевтического сотрудничества в системе менеджмента медицинских организаций стоматологического профиля // Лидерство и менеджмент. — 2024. — Т. 11, № 3. — С. 1325–1338. 1economic.ru

27. Amerio, E., Mainas, G., Petrova, D., Giner Tarrida, L., Nart, J., & Monje, A. (2020). Compliance with supportive periodontal/peri-implant therapy: A systematic review. Journal of clinical periodontology, 47(1), 81–100. https://doi.org/10.1111/jcpe.13204

28. Bock J. (1977). Die Eignung der Gesamteinschätzung der Schüler im Zeugnisheft für die Prognose der Mitarbeit kieferorthopädischer Patienten [The suitability of the general evaluation of pupils in their report books for the prediction of their cooperation as orthodontic patients]. Stomatologie der DDR, 27(12), 826–829.

29. Clark J. R. (1976). Oral hygiene in the orthodontic practice: Motivation, responsibilities, and concepts. American journal of orthodontics, 69(1), 72–82. https://doi.org/10.1016/0002-9416(76)90099-3

30. Cortellini, S., Favril, C., De Nutte, M., Teughels, W., & Quirynen, M. (2019). Patient compliance as a risk factor for the outcome of implant treatment. Periodontology 2000, 81(1), 209–225. https://doi.org/10.1111/prd.12293

31. Cucalon, A., 3rd, & Smith, R. J. (1990). Relationship between compliance by adolescent orthodontic patients and performance on psychological tests. The Angle orthodontist, 60(2), 107–114. https://doi.org/10.1043/0003-3219(1990)060<0107:RBCBAO>2.0.CO;2

32. Iwata BA, Becksfort CM. Behavioral research in preventive dentistry: educational and contingency management approaches to the problem of patient compliance. J Appl Behav Anal. 1981 Summer;14(2):111-20. doi: 10.1901/jaba.1981.14-111. PMID: 7287595; PMCID: PMC1308195.

33. Jenny, J., Frazier, J., Bagramian, R. A., & Proshek, J. M. (1975). Dental health status of third grade children and their families within the context of a community's dental health care system. Medical care, 13(2), 174–186. https://doi.org/10.1097/00005650-197502000-00008

34. Kühner, M. K., & Raetzke, P. B. (1989). The effect of health beliefs on the compliance of periodontal patients with oral hygiene instructions. Journal of periodontology, 60(1), 51–56. https://doi.org/10.1902/jop.1989.60.1.51

35. Maiwald H. J. (1978). Psychologische Führung des Kindes bei der stoмatologischen Betreuung [Psychological guidance of children during dental care]. Stoмatologie der DDR, 28(4), 282–286.

36. Nahajowski, M., Lis, J., & Sarul, M. (2022). Orthodontic Coмpliance Assessмent: A Systeмatic Review. International dental journal, 72(5), 597–606. https://doi.org/10.1016/j.identj.2022.07.004

37. Shah N. (2017). Coмpliance with reмovable orthodontic appliances. Evidence-based dentistry, 18(4), 105–106. https://doi.org/10.1038/sj.ebd.6401268

Раздел 13

6П-подход в медицинской профилактике

Под редакцией академика РАН
профессора А. В. Горелова

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ И МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Ширлина Н. В., Стасенко В. Л.

Введение

Раздел 14

Комплексная оценка результатов медицинских вмешательств в 6П-медицине

Под редакцией д.м.н.
Н. А. Николаева

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Николаев Н. А.

Введение

В реальной клинической практике постоянное пополнение медицинского арсенала новыми лекарственными средствами при наличии существенных различий в эффектах между препаратами разных поколений одного класса (а часто и между препаратами одного поколения внутри класса), при распространенной неопределенности клинических рекомендаций (КР) в отношении их конкретного выбора, усложняет подход к терапии.

При этом системный переход отечественного здравоохранения на принципы приоритезации КР пока проходит весьма турбулентную стадию выработки оптимальных решений, с поиском баланса между их рекомендательным и правовым статусом.

Семантически термин «рекомендации» означает желательное к исполнению правило поведения и не предполагает обязательного и неукоснительного их исполнения. При введении в действие актуальной нормативной базы, КР позиционировались как документ, содержащий основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи[30].

При этом КР дефинировались как «документ, содержащий информацию», но не как нормативный документ – «правовой акт», что важно, поскольку понятие «документированная информация» законодательно закреплено как «зафиксированная на материальном носителе путем документирования информация с реквизитами, позволяющими определить такую информацию»[31].

Признаки нормативного правового акта, в свою очередь, определены Верховным Судом как «издание в установленном порядке управомоченным органом государственной власти, органом местного самоуправления, иным органом, уполномоченной организацией или должностным лицом, наличие в нем правовых норм (пра-

[30] Приказ Минздрава России от 28.02.19 №104н «Об утверждении порядка и сроков одобрения и утверждения клинических рекомендаций, критериев принятия научно-практическим советом решения об одобрении, отклонении или направлении на доработку клинических рекомендаций либо решения об их пересмотре».

[31] П. 11 Статьи 2 Федерального закона от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации».

вил поведения), обязательных для неопределенного круга лиц, рассчитанных на неоднократное применение, направленных на урегулирование общественных отношений либо на изменение или прекращение существующих правоотношений»[32]. Действие таких актов конкретизировано федеральным законом[33]. Причем, как справедливо отметили В.В. Омельяновский с соавт. [1], внесение поправок в Федеральный закон № 323-ФЗ и формирование подзаконных актов Минздрава России особо выделило регулирующий статус КР, так как теперь на их основании формируются стандарты медицинской помощи (СМП), критерии оценки ее качества и перечни лекарственных препаратов для медицинского применения[34].

При этом ряд специалистов в области права считают, что с помощью КР создана конструкция, позволяющую вывести регулирование медицинской помощи за рамки классических юридических установлений. По своей правовой сути КР можно рассматривать в качестве «обычаев», что укладывается в концепцию Гражданского кодекса РФ (согласно которому обычаем признается сложившееся и широко применяемое в какой-либо области предпринимательской или иной деятельности, не предусмотренное законодательством правило поведения, независимо от того, зафиксировано ли оно в каком-либо документе). Поскольку КР основаны на научных доказательствах и представляют собой сформулированную и задокументированную сложившуюся клиническую практику, широко применяемую в медицинской деятельности, их можно рассматривать как обычаи в смысле, придаваемом данному понятию Гражданским кодексом. Это, несмотря на то что КР не являются нормативным правовым актом, делает их источником права[35].

Кроме того, с 1 января 2022 г. критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и КР (ст. 64 ФЗ № 323-ФЗ). Также в соответствии со ст. 80 ФЗ № 323-ФЗ, КР учитываются при формировании программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. При этом несоблюдение КР может рассматриваться страховыми компаниями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования как оказание МО некачественной медицинской помощи. Такой вывод следует из положений ч. 2, 3 ст. 64 ФЗ № 323-ФЗ и Приказа Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». МО, не соблюдающие КР, также

---

[32] Постановление Пленума Верховного суда РФ от 25 декабря 2018 № 50 «О практике рассмотрения судами дел об оспаривании нормативных правовых актов и актов, содержащих разъяснения законодательства и обладающих нормативными свойствами».

[33] Федеральный закон от 31.07.2020 № 247-ФЗ (ред. от 24.09.2022) «Об обязательных требованиях в Российской Федерации».

[34] Приказы Минздрава России: от 28.02.19 №103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности, включаемой в клинические рекомендации информации»; от 28.02.19 №101н «Об утверждении критериев формирования перечня заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), по которым разрабатываются клинические рекомендации»; от 28.02.19 №102н «Об утверждении Положения о научно-практическом совете Министерства здравоохранения Российской Федерации»; от 28.02.19 №104н «Об утверждении порядка и сроков одобрения и утверждения клинических рекомендаций, критериев принятия научно-практическим советом решения об одобрении, отклонении или направлении на доработку клинических рекомендаций либо решения об их пересмотре».

[35] См. подробнее: B&O Barristers. Клинические рекомендации и вопросы их обязательности. Доступ: https://barrist.ru/klinicheskie-rekomendacii-i-voprosy-ih-obyazatelnosti.

могут быть наказаны за это и как за нарушение лицензионных требований, установленных приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 785н: им грозит наказание от штрафа до 250 тыс. руб. до приостановления деятельности.

Поскольку нормативными правовыми актами устанавливается обязанность МО обеспечить применение КР в целях оказания качественной медицинской помощи, то их нарушение способно повлечь юридическую ответственность. Об этом же свидетельствуют неоднократные заявления представителей Верховного и Конституционного судов Российской Федерации.

Учитывая установленную обязательность выполнения КР при оказании медицинской помощи, для практических врачей и организаторов здравоохранения, стоящих на позиции доказательной медицины, исключительно важным вопросом представляется научная обоснованность рекомендаций. Общие требования к научной обоснованности КР изложены в приказе Минздрава России от 28.02.2019 № 103н. Согласно им, информация по вопросам профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения включается в КР на основе принципов доказательной медицины, а все, что касается применения медицинских вмешательств, должно излагаться в формате кратких тезисов-рекомендаций, с указанием, рекомендуется или не рекомендуется такое вмешательство. Тезисы-рекомендации должны сопровождаться ссылками на источники литературы с указанием уровня достоверности доказательств (УДД) и уровня убедительности рекомендаций (УУР).

Шкала оценки УУР содержит три уровня:

А – «сильная рекомендация» (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными);

В – «условная рекомендация» (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными);

С – «слабая рекомендация» (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными).

При этом самостоятельной проблемой является отсутствие как единообразных и строгих критериев научной обоснованности включения в КР средств и методов лечения, так и доступных в клинической практике доказательных методов оценки достигнутого результата лечения. Формируемая система оказания медицинской помощи на основе КР является значительным шагом вперед по сравнению с разрозненным клиническим опытом, однако она все еще несовершенна. Тем более бурное развитие науки и технологий уже требует актуализации структуры КР, предусмотрев разделы, отражающие актуальные знания в смежных направлениях, в первую очередь в сфере искусственного интеллекта как системы поддержки принятия врачебных решений, и в области обязательной оценки приверженности лечению как инструмента индивидуализации вмешательств. В этой связи становится совершенно необходимой разработка унифицированных инструментов оценки результатов лечения, позволяющих объективизировать и стандартизировать оценку эффективности медицинских вмешательств.

В любой медицинской организации, вне зависимости от формы собственности, её руководителю постоянно приходится сталкиваться с проблемой «конфликта интересов» основных участников системы медицинской помощи: врача или иного медицинского работника – как лица, непосредственно оказывающего медицинскую помощь; эксперта страхового фонда или организации – как лица, осуществляющего экспертизу качества оказанной медицинской помощи, и себя или представителя своей администрации – как лица, отвечающего за результаты административно-хозяйственной и медико-клинической составляющих этого процесса.

При этом конфликт интересов в указанную систему заложен изначально, поскольку стратегические цели и, соответственно, мотивация её участников могут различаться. Стратегия врача приоритетно направлена на получение клинического результата, вне существенной зависимости от иных составляющих (например, стоимость и амортизация результата), тогда как приоритетом эксперта является оценка соответствия качества оказанных медицинских услуг действующим стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, а политика руководителя медицинской организации при сохранении должного качества, приоритезирует минимизацию расходов.

Эта проблема кажется неразрешимой, однако на самом деле существует достаточно понятная стратегия её решения, если будет сформирована единая для всех участников «система координат», базирующуюся на объективизированной модели. При этом одной из причин не всегда высокой эффективности взаимодействия разных субъектов оказания медицинской помощи, является отсутствие инструментов интегральной количественной оценки результата их взаимодействия, а соответственно – и управления этим взаимодействием.

В клинической практике пока отсутствуют инструменты, позволяющие не только post factum реагировать на реализующуюся модель болезни, но и изначально выстраивать стратегию наиболее благоприятного для больного варианта сохранения и поддержания его здоровья. Контроль начинается с оценки. Оценка предполагает измерение. И наиболее существенная проблема – это не разработанность универсальных инструментов количественной оценки результата лечения.

Первый и важнейший методологический вопрос таких инструментов: могут ли различные качественные показатели взаимодействия больного и болезни быть формализованы, интегрированы и измерены количественно? При положительном ответе на этот вопрос, неизбежно возникают следующие вопросы: может ли количественное измерение качественных показателей быть унифицировано, и могут ли на основе такой унификации быть разработаны инструменты контроля, пригодные для рутинного применения не только в научной практике, но и в условиях практического здравоохранения различными субъектами оказания медицинской помощи?

Методология оценки рациональности и выгодности медицинских вмешательств

Для оценки эффективности медицинских вмешательств необходимы целевые параметры, адекватно отражающие их результат, и статистические характеристики (критерии), позволяющие этот результат измерить.

В клинической практике к параметрам оценки, как правило, относят отдельные показатели (исход заболевания, усугубление тяжести течения болезни, изменение отдельных лабораторных показателей и пр.), измерение которых способно предоставить объективную информацию об эффективности медицинского вмешательства.

В идеале все эти параметры должны быть клинически важными, одинаково легко измеряемыми у всех больных, чувствительными к ожидаемому эффекту лечения, при этом основываться на унифицированной и объективной (непредвзятой) шкале оценок.

Традиционно большинство таких параметров объединяют в «конечные точки» (end-point) вмешательств, среди которых выделяют «первичные», «вторичные» и «третичные», а также «суррогатные» и «комбинированные».

Под первичной конечной точкой принято понимать установленный вариант исхода, в наибольшей степени характеризующий целевой параметр в условиях конкретного медицинского вмешательства, который обеспечивает возможность наиболее мощного статистического анализа.

Вторичной и третичной конечными точками являются заранее определённые варианты исхода, характеризующие только отдельные свойства или составляющие целевого параметра.

В случаях, когда для оценки результата или исхода вмешательства установлен критерий, не являющийся непосредственной характеристикой целевого параметра, однако демонстрирующий связь с этим исходом, применяют термин «суррогатная конечная точка».

Термин «комбинированная конечная точка» используют в случаях, когда целевой параметр характеризуется комбинацией вариантов исхода. Комбинированные конечные точки могут состоять из множества автономных конечных точек (тогда их объединяют в новый единый исход, измеряемый по заранее установленному алгоритму), либо включать различные клинические исходы, суррогатные исходы или их сочетание (что предполагает существенно более сложную структуру их взаимодействий).

В настоящее время для оценки эффективности медицинских вмешательств наиболее значимы именно комбинированные конечные точки. Это обусловлено тремя основными причинами:

1. В реальной врачебной практике при оказании медицинской помощи соматическим (особенно полиморбидным) больным, часто возникают ситуации, когда значимые индивидуальные исходы вносят различный вклад в совокупный исход или даже отклоняются в противоположных направлениях, что создаёт трудности для интерпретации. На качество лечения существенно влияют такие факторы, как количество препаратов и частота их приёма в течение суток, развитие клинически выраженных нежелательных или, напротив, дополнительных благоприятных эффектов лекарственных средств и многие другие. Самостоятельное значение приобретает приверженность лечению каждого конкретного больного, индивидуализированная комплексом его личностных свойств, определяющих отношение к болезни и лечению вне зависимости от результатов медицинских вмешательств. Простые конечные точки в этих случаях не дают возможности оценить эффект лечения в целом, поскольку возникающий между ними конкурирующий риск способен маскировать или искажать эффекты лечения.

2. Сформировавшееся в профессиональном врачебном сообществе понимание, что заболевание может быть выражено в виде нескольких клинических проявлений (вариантов, форм), каждое из которых является следствием одного и того же патогенетического процесса, привело к необходимости измерения интегрального эффекта вмешательств, а не симптоматической или синдромальной оценке их отдельных характеристик.

3. Непрерывный патоморфоз многих заболеваний, сопровождающийся существенным изменением смертности и частоты развития серьёзных осложнений, в первую очередь связанный с успехами развития медицинской науки последних десятилетий. Это привело к значительному увеличению количества больных со стёртой или изменённой симптоматикой, а также лабораторными и инструментальными характеристиками. Для таких больных теперь требуются бо́льшие врачебные усилия с целью выявления и мониторинга ситуационного и динамического эффекта лечения.

Эти причины определили формирование двух групп актуальных требований к инструментам оценки результата лечения и характеристикам оцениваемых ими параметров:

А). Эти инструменты должны быть универсальными и нетрудоёмкими в использовании, как на всех этапах оказания медицинской помощи, так и при решении вопросов экспертной оценки качества лечения (медицинская и медико-социальная экспертиза, контроль качества оказания медицинской помощи, научная экспертиза). При этом они должны предоставлять потребителю (врачу, эксперту, исследователю) однозначно интерпретируемый интегральный результат в простой и общепонятной измеряемой форме.

Б). Индивидуальные измеряемые параметры и их компоненты должны быть значимыми, являясь клинически важными исходами или проверенными суррогатами клинических исходов. Свидетельства, полученные при анализе только одного компонента, должны демонстрировать и обеспечивать констатацию эффекта лечения, даже если другие компоненты не вносят вклада в окончательный анализ. При заболеваниях, потенциально угрожающих жизни, должна быть предусмотрена возможность учёта смертельного исхода в качестве одного из факторов комбинированной конечной точки. Любые добавленные не смертельные измеряемые компоненты и маркёры должны демонстрировать взаимосвязь с последующим конечным исходом в патофизиологическом каскаде событий, поскольку наличие компонента не чувствительного к лечению способно ухудшить общий эффект вмешательства. При этом основные контролируемые компоненты должны характеризовать промежуточную или конечную ступень течения заболевания.

Количественные оценки клинического и клинико-экономического результата лечения являются важными инструментами для адекватного и своевременного принятия основанных на доказательствах врачебных решений. В настоящее время к наиболее значимым консолидированным утверждениям об этом следует отнести:

- комбинированные конечные точки и их аналоги наиболее значимы для интегральной оценки результатов медицинских вмешательств;

- в комбинированной конечной точке неблагоприятное изменение «твёрдых исходов» ни при каких условиях не должно маскироваться благоприятным изменением включённых в неё «мягких исходов»;

- основанный на измерении «твёрдых исходов», либо на сочетании «твёрдых исходов» и «мягких исходов» клинический результат медицинского вмешательства во всех случаях является превалирующим над любыми другими результатами;

- клинико-экономический результат медицинского вмешательства способен оказывать значимое, в том числе определяющее воздействие на клинический результат этого вмешательства, вне зависимости от выраженности клинического результата;

- унификация подходов к количественной оценке результатов медицинских вмешательств повышает эффективность взаимодействия всех субъектов, участвующих в выполнении таких вмешательств.

Вместе с тем, до последнего времени одной из основных проблем являлась оценка взаимоотношения в комбинированной конечной точке «твёрдых» (смерть, инфаркт, инсульт, угрожающее жизни кровотечение и т.д.) и «мягких» (изменение лабораторного показателя, регистрация клинического симптома и т.д.) исходов.

Врач или исследователь сталкивался со сложностью интерпретации результатов в ситуациях, когда более редкий «твёрдый» клинический исход (такой как смерть), комбинировался с более частыми «мягкими» конечными точками, поскольку неблагоприятное изменение «твёрдых» исходов не при каких условиях не должно маскироваться комбинированной конечной точкой за счёт выраженного благоприятного воздействия на её остальные составляющие.

Одним из вариантов решения этой проблемы является присвоение каждому компоненту такой точки определённого «веса», отражающего относительную значимость этого компонента по сравнению с другими. Это возможно при ранжировании объективных и субъективных оцениваемых критериев с их последующим количественным измерением. Однако, являясь оптимальным, этот подход ранее не использовался в связи с отсутствием, как в отечественной, так и в мировой практике инструментов для такого анализа.

Ситуация изменилась лишь в начале XXI века, когда в России были разработаны инструменты интегральной оценки клинического и клинико-экономического результатов лечения, впервые позволившие в условиях как клинических исследований, так и реальной медицинской практики комплексно оценивать промежуточные и конечные исходы медицинских вмешательств.

Одним из таких инструментов является расчет рациональности и выгодности лечения (медицинской помощи), методика которого была изложена в Консенсусе РНМОТ и одобрена Национальным конгрессом терапевтов в 2017 г. [2]. Принятие Консенсуса стало важным шагом в решении многостороннего конфликта интересов, исходно существующего между получателями медицинской помощи, её непосредственными исполнителями, и сторонами, обеспечивающими условия её оказания (включая контроль качества). Созданию этого документа предшествовал многолетний период теоретических и прикладных научных изысканий, включающий разработку технологий интегральной (2008), и количественной (2009) клинической и клинико-экономической оценок результатов лечения, клинических рекомендаций по пациентоориентированной терапии для практических врачей (2016) и научной методологии количественных оценок результатов лечения (2017) [3].

Показатель, количественно измеряющий интегральный клинический результат медицинского вмешательства получил название «рациональность», а характеризующий клинико-экономический результат медицинского вмешательства – «выгодность». В качестве единиц измерения были предложены синтетические критерии – «Единица Клинического Успеха» (ЕКУ) для оценки рациональности и «стоимость условного дня жизни в Затраченных Эффективных Рублях» (ЗЭР) для оценки выгодности.

Важным свойством показателя рациональности является то, что помимо констатации успеха или неуспеха лечения, он обеспечивает возможность динамического

мониторирования состояния пациента в процессе лечения, причём позволяет выполнять количественную оценку результата и сравнивать полученные значения при любых лечебных стратегиях. Показатель выгодности учитывает взаимосвязь контролируемых клинических показателей, качества жизни и удовлетворенности пациента состоянием здоровья с обоснованностью экономических затрат. Поэтому, помимо применения в клинической практике, они могут служить универсальным инструментом для оценки вмешательств в научных исследованиях, существенно расширяя возможности дизайна и позволяя сравнивать различные по структуре и объёму вмешательства в единой системе унифицированных оценок.

Специальные термины и их интерпретация

Для расчета показателей рациональности и выгодности разработан ряд специальных терминов, перечень и интерпретация которых приведены ниже. Подробная методика расчета показателей приведена в приложениях к настоящей главе.

Основные показатели

Рациональность (R, rationality) – отношение значения фактически достигнутого результата медицинских вмешательств к установленному пороговому значению, интегральный клинический показатель результата медицинских вмешательств, выраженный в единицах клинического успеха (ЕКУ).

Выгодность (A, advantage) – стоимость одного условного дня жизни, интегральный клинико-экономический показатель, выраженный в затраченных эффективных рублях (ЗЭР).

Технические показатели

Базовая рациональность (R_b, basic rationality) – фактический результат медицинских вмешательств; технический (промежуточный) показатель, используемый для расчета рациональности и выгодности.

Полезность (U, utility) – соотношение значений позитивных и негативных предикторов; технический (промежуточный) показатель, используемый для расчета рациональности.

Технологичность (M, manufacturability) – комплаентность технологической модели медицинских вмешательств; технический (промежуточный) показатель, для расчета рациональности.

Экономичность (F, frugality) – объем прямых затрат на выполнение медицинских вмешательств за выбранный период времени; технический (промежуточный) критерий для расчета выгодности.

Эффективность (E, effectiveness of the intervention) – достигнутый уровень контроля клинических параметров; технический (промежуточный) критерий для расчета рациональности,

Модели клинических решений на основе оценки рациональности и выгодности

В условиях клинической практики порядки оценки показателей «рациональность» и «выгодность» при конкретных медицинских вмешательствах и необходимые в каждом случае критерии могут быть установлены не только на федеральном уровне, но и ведены локальными актами медицинских организаций, а также регламентированы специальными процедурами (например, внутреннего контроля качества при наличии в организации системы менеджмента качества).

В качестве системных регуляторов, создателей и правообладателей стандартов могут выступать профессиональные саморегулирующиеся общественные объединения медицинских специалистов, фонды и организации медицинского страхования, а также обладающие правом и полномочиями регулирования таких функций в сфере охраны здоровья соответствующие федеральные органы государственной власти и органы власти субъектов Российской Федерации. При этом уже разработан ряд положений и заключений, следование которым является целесообразным, в первую очередь исходя из технологических особенностей созданных инструментов.

При оценке рациональности постулируются следующие положения:

1. Отражающее интегральный клинический результат медицинского вмешательства, «идеальное» значение показателя рациональности, выраженное в ЕКУ, не имеет установленной верхней границы и стремится к бесконечности; чем менее рационально вмешательство, тем меньшее числовое значение принимает показатель.

2. Рациональными признаются любые значения рациональности, превышающие 5 ЕКУ.

3. Значения более 1 ЕКУ, но менее 5 ЕКУ следует расценивать в качестве предикторов сомнительной рациональности, а медицинские вмешательства, для которых такой показатель рассчитан – как обладающие низкой клинической эффективностью.

4. Значения показателя менее 1 ЕКУ, свидетельствуют о низком уровне рациональности, и характеризуют контролируемое медицинское вмешательство как безусловно неэффективное, при котором его потенциальный риск будет превышать потенциальную пользу.

Интерпретация значений показателя «рациональность» представлена в таблице 1. Модели возможных клинических решений на основе динамической оценки показателя «рациональность» (где ЕКУ 1 – значение показателя при первом измерении, ЕКУ 2 – значение показателя при повторном измерении) приведены в таблице 2.

Таблица 1. Параметры рациональности и модели клинических решений

ЕКУ	Результат	Модель решения
менее 1	негативный	Вмешательство неуспешно. Выполнение вмешательства в выбранном режиме нерационально. Необходимы прекращение либо модификация вмешательства
1 – 5	средний	Рациональность вмешательства в выбранном режиме сомнительна. Рекомендована модификация вмешательства
более 5	позитивный	Вмешательство успешно. Выполнение вмешательства в выбранном режиме рационально. Отмены либо модификации вмешательства не требуется.

Таблица 2. Модели клинических решений при оценке рациональности в динамике

Значения	динамика	Модель решения
ЕКУ 1 > 5,0 ЕКУ 2 > 5,0	ЕКУ 2 > ЕКУ 1 (позитивная)	вмешательство рационально, модификации не требуется; контроль в динамике
ЕКУ 1 > 5,0 ЕКУ 2 > 5,0	ЕКУ 2 < ЕКУ 1 (негативная)	
ЕКУ 1 > 5,0 ЕКУ 2 < 5,0	ЕКУ 2 < ЕКУ 1 (негативная)	рациональность вмешательства сомнительна, есть основания для модификации; контроль в динамике
ЕКУ 1 < 5,0 ЕКУ 2 > 5,0	ЕКУ 2 > ЕКУ 1 (позитивная)	вмешательство рационально, модификации не требуется; контроль в динамике
ЕКУ 1 < 5,0 ЕКУ 2 < 5,0	ЕКУ 2 > ЕКУ 1 (позитивная)	рациональность вмешательства сомнительна, есть основания для модификации; контроль в динамике
ЕКУ 1 < 5,0 ЕКУ 2 < 5,0	ЕКУ 2 < ЕКУ 1 (негативная)	
ЕКУ 1 > 1,0 ЕКУ 2 < 1,0	ЕКУ 2 < ЕКУ 1 (негативная)	вмешательство нерационально или потенциально опасно, требуется модификация или отмена
ЕКУ 1 < 1,0 ЕКУ 2 > 1,0	ЕКУ 2 > ЕКУ 1 (позитивная)	рациональность вмешательства сомнительна, есть основания для модификации; контроль в динамике
ЕКУ 1 < 1,0 ЕКУ 2 < 1,0	ЕКУ 2 > ЕКУ 1 (позитивная)	вмешательство нерационально или потенциально опасно, требуется модификация или отмена
ЕКУ 1 < 1,0 ЕКУ 2 < 1,0	ЕКУ 2 < ЕКУ 1 (негативная)	

При оценке выгодности постулируются следующие положения:

1. Характеризующее стоимость одного условного дня жизни в затраченных эффективных рублях (ЗЭР), и отражающее интегральный клинико-экономический результат медицинского вмешательства, «идеальное» значение показателя выгодности не имеет установленной нижней границы и стремится к нулю; чем менее выгодно выполняемое медицинское вмешательство, тем большее числовое значение принимает показатель.

2. Выгодными являются любые значения, менее 1 ЗЭР.

3. Значения более 1 ЗЭР следует расценивать как предикторы сомнительной выгодности, а медицинские вмешательства, для которых такой показатель рассчитан – как экономически малоэффективные.

4. Значения показателя более 5 ЗЭР характеризуют контролируемое медицинское вмешательство как безусловно невыгодное, и требующее оптимизации.

Интерпретация значений показателя представлена в *таблице 3*.

Модели клинических решений на основе динамической оценки показателя «выгодность» (где ЗЭР 1 – значение показателя при первом измерении, ЗЭР 2 – при повторном измерении) приведены в *таблице 4.*

Таблица 3. Параметры выгодности

ЭЭР	Результат	Модель решения
более 5	негативный	Вмешательство неуспешно. Выполнение вмешательства в выбранном режиме невыгодно. Необходимо изменение финансовой модели вмешательства
1 – 5	средний	Выгодность вмешательства в выбранном режиме сомнительна. Рекомендовано изменение финансовой модели вмешательства
менее 1	позитивный	Вмешательство успешно. Выполнение вмешательства в выбранном режиме выгодно. Модификации финансовой модели вмешательства не требуется

Таблица 4. Модели решений на основе динамической оценки выгодности

Значения	динамика	Модель решения
ЭЭР 1 < 1,0 ЭЭР 2 < 1,0	ЭЭР 2 < ЭЭР 1 (позитивная)	вмешательство выгодно, оптимизации не требуется; контроль в динамике
ЭЭР 1 < 1,0 ЭЭР 2 < 1,0	ЭЭР 2 > ЭЭР 1 (негативная)	
ЭЭР 1 < 1,0 ЭЭР 2 > 1,0	ЭЭР 2 > ЭЭР 1 (негативная)	выгодность вмешательства сомнительна, есть основания для оптимизации; контроль в динамике
ЭЭР 1 > 1,0 ЭЭР 2 < 1,0	ЭЭР 2 < ЭЭР 1 (позитивная)	вмешательство выгодно, оптимизации не требуется; контроль в динамике
ЭЭР 1 < 1,0 ЭЭР 2 < 1,0	ЭЭР 2 < ЭЭР 1 (позитивная)	выгодность вмешательства сомнительна, есть основания для оптимизации; контроль в динамике
ЭЭР 1 > 1,0 ЭЭР 2 > 1,0	ЭЭР 2 > ЭЭР 1 (негативная)	
ЭЭР 1 < 5,0 ЭЭР 2 > 5,0	ЭЭР 2 > ЭЭР 1 (негативная)	вмешательство невыгодно, требуется оптимизация или выбор другого финансового решения;
ЭЭР 1 > 5,0 ЭЭР 2 < 5,0	ЭЭР 2 < ЭЭР 1 (позитивная)	выгодность вмешательства сомнительна, есть основания для оптимизации; контроль в динамике
ЭЭР 1 > 5,0 ЭЭР 2 > 5,0	ЭЭР 2 < ЭЭР 1 (позитивная)	вмешательство невыгодно, требуется оптимизация или выбор другого финансового решения
ЭЭР 1 > 5,0 ЭЭР 2 > 5,0	ЭЭР 2 > ЭЭР 1 (негативная)	

Методология и формулы расчёта показателей «рациональность» и «выгодность» приведены в ***Приложении А.*** Примеры расчётов показателей в конкретных клинических ситуациях приведены в ***Приложении Б.***

В клинических исследованиях (КИ) оценка рациональности и выгодности выполняется по тем же критериям, что и в клинической практике. Вместе с тем, специфическими для РКИ и ЦИ особенностями являются более высокий уровень требований, предъявляемых к точности получаемых индивидуальных значений критериев.

Соответственно, применяемая в клинической практике оценка клинической или экономической эффективности вмешательства путём простого отнесения полученного значения к той или иной группе (достигнутого высокого, среднего или низкого уровня) для КИ не является оптимальной. Вместо этого в КИ будет правильным оценивать и интерпретировать точные получаемые значения показателей.

Кроме того, поскольку вместо индивидуального контроля случая, в рандомизированных клинических исследованиях и циркулярных исследованиях, как правило, используется контроль выборочных значений (связанных выборок, либо несвязанных исследовательских выборок с выборками сравнения), показатели рациональности и выгодности могут быть рассчитаны как средневыборочные.

Формулы расчёта средневыборочных значений показателей «рациональность» и «выгодность», а также константы точных значений технических критериев «эффективность, E», «полезность, U» и «E^2xU», используемых при расчёте этих показателей, приведены в ***Приложении В.***

ПРИЛОЖЕНИЯ[36]

Приложение А. Методология и расчёт показателей

Показатель ***«Рациональность» (R , rationality)*** является отношением расчётного показателя ***«Базовая рациональность»*** (R_b , ***basic rationality***), характеризующего фактически достигнутый интегральный клинический результат медицинского вмешательства либо комплекса медицинских вмешательств к установленному пороговому значению, и измеряется в удельных единицах клинического успеха (ЕКУ). Для расчёта показателя установленное пороговое значение принято за единицу (*рисунок А.1*).

Показатель «рациональность»	
$R = 1 / R_b$	(1)
где: *R* – рациональность; 1 – установленное корригирующее число; R_b – базовая рациональность	

Рисунок А.1 Расчет показателя «рациональность»

[36] Печатается по изданию:, с изменениями.

Показатель «базовая рациональность» рассчитывают, как произведение квадрата показателя «эффективность» и показателей «полезность» и «технологичность» (*рисунок А.2*).

Критерий «базовая рациональность» показателя «рациональность»	
$$R_b = E^2UM$$	(2)
где: R_b – базовая рациональность; *E* – эффективность; *U* – полезность; *M* – технологичность	

Рисунок А.2 Расчет технического критерия «базовая рациональность»

Показатель ***«Эффективность» (E, effectiveness of the intervention)*** является техническим ранговым критерием, демонстрирующим достигнутый в результате медицинских вмешательств уровень контроля над установленными клиническими параметрами. В общем виде он может рассматриваться как «твёрдая» либо «мягкая» конечные точки, или как их сочетание, либо как контролируемый клинический признак или группа таких признаков, характерных для проявления заболевания или состояния.

Для этого в каждом конкретном случае (при оказании медицинской услуги или в клиническом исследовании), выделяют критерии эффективности, ранжируемые в зависимости от решаемой задачи. Каждому критерию (группе критериев) присваивают ранг от «1» до «3», при этом ранг «1» присваивают наиболее благоприятному событию (исходу), ранг «3» - наименее благоприятному или наиболее неблагоприятному из оцениваемых, ранг «2» - промежуточным событиям (исходам) между ними. Присвоенный ранг включается в формулу расчёта, где возводится в квадрат.

Показатель ***«Полезность (U, utility)»*** – технический ранговый критерий, характеризующий достигнутый в результате медицинских вмешательств баланс между позитивными и негативными критериями (маркёрами) контролируемых объективных и субъективных параметров конкретного медицинского вмешательства (*рисунок А.3*).

Критерий «полезность» показателя «рациональность»	
$$U = \frac{1 + O_{neg} + S_{neg}}{1 + O_{pos} + S_{pos}}$$	(3)
где: U – полезность; O_{neg} – ранговое значение контролируемого объективного негативного критерия (группы критериев); O_{pos} – ранговое значение контролируемого объективного позитивного критерия (группы критериев); S_{neg} – ранговое значение контролируемого субъективного негативного критерия (группы критериев); S_{pos} – ранговое значение контролируемого субъективного позитивного критерия (группы критериев)	

Рисунок А.3 Расчет технического критерия «полезность»

К объективным критериям относятся установленные параметры лабораторного и инструментального исследования, к субъективным – мнение больного об изменении самочувствия (включая улучшение самочувствия, либо появление новых жалоб),

связываемом им с течением болезни на фоне проводимого вмешательства. К объективным и субъективным критериям также должны быть отнесены контролируемые и впервые выявленные нежелательные реакции на медицинское вмешательство, включая лекарственную непереносимость. Перечень конкретных критериев (маркёров) в каждом отдельном случае выбирает врач или исследователь.

Показатель ***«Технологичность»*** *(M , manufacturability)* – технический количественный критерий, характеризующий параметры технологической модели медицинских вмешательств. В общем виде он представлен двумя компонентами – лекарственного вмешательства и нелекарственного вмешательства (*рисунок А.4*).

Технологичность применения в медицинском вмешательстве каждого лекарственного средства оценивается как отношение произведения количество приёмов препарата в сутки и его разовой дозы к произведению максимально допустимого количества приёмов этого препарата и его максимальной разовой дозы. При использовании нескольких лекарственных средств технологичность выражается в виде отношения простой суммы значений технологичности, вычисленных для каждого лекарственного средства к общему количеству используемых лекарственных средств (*рисунок А4, формула 4*).

Технологичность применения каждого нелекарственного вмешательства оценивается как отношение количества применений конкретного нелекарственного вмешательства к эталонному (стандартизованному) количеству применений этого вмешательства. При использовании нескольких нелекарственных вмешательств технологичность выражается в виде отношения простой суммы значений технологичности, вычисленных для каждого нелекарственного вмешательства к общему количеству используемых нелекарственных вмешательств (*рисунок А.4, формула 5*).

Критерий «технологичность» показателя «рациональность»

$$Ì = \frac{1}{n}\sum_{i=1}^{n}\frac{t_i m_i}{t_i^{\max} m_i^{\max}} \quad (4)$$

$$M = \frac{1}{n'}\sum_{j=1}^{n'}\frac{p_j}{p_j^{pec}} \quad (5)$$

$$Ì = \frac{1}{n}\sum_{i=1}^{n}\frac{t_i m_i}{t_i^{\max} m_i^{\max}} \times \frac{1}{n'}\sum_{j=1}^{n'}\frac{p_j}{p_j^{pec}} \quad (6)$$

где: *M* – технологичность; t – количество применений препарата, событий в сутки; m – разовая доза применённого препарата, в используемых единицах измерения; $t^{\max}$ – максимально допустимое количество применений препарата, событий в сутки; $m^{\max}$ – максимально допустимая разовая доза препарата, в используемых единицах измерения; n – общее количество применяемых препаратов, наименований в сутки; p – количество применений нелекарственного вмешательства, событий всего; p^{pec} – эталонное (стандартизированное либо установленное) количество применений нелекарственного вмешательства, событий всего; n' – общее количество наименований применённых конкретных нелекарственных вмешательств, всего

Рисунок А.4 Расчет технического критерия «технологичность»

В случаях, когда во вмешательстве учитывается технологичность как лекарственных, так и нелекарственных вмешательств, она вычисляется как простое произведение полученных значений технологичности этих вмешательств (*рисунок А.4, формула 6*).

Показатель ***Выгодность (*** A ***, advantage)*** является характеристикой фактически достигнутого клинико-экономического результата медицинских вмешательств, измеряемой как стоимость одного условного дня жизни в затраченных эффективных рублях (ЗЭР), и вычисляется как простое произведение технических показателей базовой рациональности и экономичности (*рисунок А.5*).

Показатель «выгодность»

$$A = 0{,}5 R_b F \qquad (7)$$

где: A – выгодность; 0,5 – установленное корригирующее число; R_b – базовая рациональность; F – экономичность

Рисунок А.5 Расчет показателя «выгодность»

Показатель ***«Экономичность» (*** F ***, frugality)*** – технический количественный критерий, отражающий прямые затраты на выполнение медицинского вмешательства (комплекса медицинских вмешательств) определяемые за выбранный период (*рисунок А.6*).

Критерий «экономичность» показателя «выгодность»

$$F = \frac{1}{n}\sum_{i=1}^{n}\frac{cf}{vf'} \qquad (8)$$

$$F = \frac{1}{n'}\sum_{i=1}^{n'}\frac{b_j}{b_j^{rec}} \qquad (9)$$

$$F = \frac{1}{n}\sum_{i=1}^{n}\frac{cf}{vf'} \times \frac{1}{n'}\sum_{i=1}^{n'}\frac{b_j}{b_j^{rec}} \qquad (10)$$

где: F – экономичность; c – цена упаковки препарата, рублей; f – количество действующего вещества в отдельной дозе препарата, в используемых единицах измерения; f' – количество действующего вещества в применяемой суточной дозе препарата, в используемых единицах измерения; v – количество отдельных доз в упаковке препарата, единиц; b – цена фактического количества применений конкретного нелекарственного вмешательства, рублей; b^{rec} – цена эталонного (стандартизированное либо установленное) количества применений нелекарственного вмешательства, рублей

Рисунок А.6 Расчет технического критерия «экономичность»

Экономичность применения в медицинском вмешательстве каждого лекарственного средства оценивается как отношение произведения цены упаковки препарата и количества действующего вещества в применяемой суточной дозе этого препарата к произведению количества отдельных доз в упаковке препарата и количества действующего вещества в отдельной дозе препарата. При использовании нескольких лекарственных средств экономичность выражается в виде отношения простой суммы значений экономичности, вычисленных для каждого лекарственного средства к общему количеству используемых лекарственных средств (*рисунок А.6, формула 8*).

Экономичность применения каждого нелекарственного вмешательства оценивается как отношение цены фактического количества применений конкретного нелекарственного вмешательства к цене эталонного (стандартизованного) количества применений этого вмешательства. При использовании нескольких нелекарственных вмешательств экономичность выражается в виде отношения простой суммы значений экономичности, вычисленных для каждого нелекарственного вмешательства к общему количеству используемых нелекарственных вмешательств (*рисунок А.6, формула 9*).

В случаях, когда в медицинском вмешательстве учитывается экономичность как лекарственных, так и нелекарственных вмешательств, она вычисляется как простое произведение полученных значений экономичности этих вмешательств (*рисунок А.6, формула 10*).

В развернутом виде формулы расчёта рациональности и выгодности представлены на *рисунке А.7*

Показатель «рациональность»

$$R = 1 \div \left(E^2 \times \frac{1 + O_{neg} + S_{neg}}{1 + O_{pos} + S_{pos}} \times \frac{1}{n} \sum_{i=1}^{n} \frac{t_i m_i}{t_i^{\max} m_i^{\max}} \times \frac{1}{n'} \sum_{j=1}^{n'} \frac{p_j}{p_j^{pec}} \right) \quad (11)$$

Показатель «выгодность»

$$A = 0{,}5 \times \left(E^2 \times \frac{1 + O_{neg} + S_{neg}}{1 + O_{pos} + S_{pos}} \times \frac{1}{n} \sum_{i=1}^{n} \frac{t_i m_i}{t_i^{\max} m_i^{\max}} \times \frac{1}{n'} \sum_{j=1}^{n'} \frac{p_j}{p_j^{pec}} \times \frac{1}{n''} \sum_{k=1}^{n''} \frac{cf}{vf'} \times \frac{1}{n'''} \sum_{c=1}^{n'''} \frac{b_c}{b_c^{rec}} \right) \quad (12)$$

Рисунок А.7 Расчет показателей «рациональность» и «выгодность»

Приложение Б.
Примеры расчёта показателей «рациональность» и «выгодность» в различных клинических ситуациях

А). Оценка рациональности и выгодности лекарственной терапии

Оценка рациональности и выгодности лекарственной терапии в условиях реальной клинической практики чаще всего реализуется в виде двух типовых моделей: монотерапии и комбинированной терапии, имеющих успешные, либо неуспешные ва-

рианты контролируемых исходов. В качестве успешной рассматривается лекарственная терапия только с высокими достигнутыми уровнями рациональности и выгодности.

А1. ОЦЕНКА РАЦИОНАЛЬНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ МОНОТЕРАПИИ (НА ПРИМЕРЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ)

1. Условия:

1.1. Заболевание, шифр по МКБ-10: артериальная гипертензия, I 10.

1.2. Вмешательство: лизиноприл, 10 мг 1 раз в сутки в постоянном режиме.

2. Критерии:

2.1. Эффективность (E): достигнуты установленные целевые значения систолического и диастолического артериального давления – *E*=1; достигнуты установленные целевые значения только систолического или только диастолического артериального давления – *E*=2; недостигнуты установленные целевые значения систолического и диастолического артериального давления – *E*=3.

2.2. Полезность (U): O_{neg} – выявлено отклонение от нормы хотя бы одного из показателей, контролируемых в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями, утверждёнными Минздравом РФ – ранг «1», отсутствие таких отклонений – ранг «0»; O_{pos} – нормализация хотя бы одного из ранее имеющих отклонение показателей, контролируемых в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями, утверждёнными Минздравом РФ – ранг «1», отсутствие нормализации – ранг «0»; S_{neg} – декларируемое пациентом ухудшение самочувствия, связываемое им с настоящим заболеванием или лечением – ранг «1», отсутствие такого ухудшения самочувствия – ранг «0»; S_{pos} – декларируемое пациентом улучшение самочувствия, связываемое им с настоящим заболеванием или лечением – ранг «1», отсутствие такого улучшения самочувствия – ранг «0».

2.3. Технологичность(M): t – количество применений препарата в сутки; m – разовая доза применённого препарата; $t^{\max}$ – максимально допустимое количество применений препарата, событий в сутки; $m^{\max}$ – максимально допустимая разовая доза препарата; n – общее количество применяемых препаратов в сутки.

3. Контроль критериев в результате медицинского вмешательства:

2.1. Эффективность (E): достигнуты целевые значения систолического и диастолического артериального давления – *E*=1.

2.2. Полезность (U): O_{neg} – отсутствие отклонения от нормы контролируемых лабораторных показателей – ранг «0»; O_{pos} – нормализация имеющих отклонение контролируемых показателей – ранг «1»; S_{neg} – отсутствие декларируемого пациентом ухудшения самочувствия, связываемое им с настоящим заболеванием или лечением – ранг «0»; S_{pos} – декларируемое пациентом улучшение самочувствия, связываемое им с настоящим заболеванием или лечением – ранг «1».

2.3. Технологичность(M): t – количество применений препарата в сутки – 1; m – разовая доза применённого препарата – 10 мг; $t^{\max}$ – максимально допустимое количество применений препарата, событий в сутки – 2; $m^{\max}$ – максимально допустимая разовая доза препарата – 40 мг; n – общее количество применяемых препаратов в сутки – 1.

4. Расчёт рациональности:

$$R = 1 \div \left(E^2 \times \frac{1 + O_{neg} + S_{neg}}{1 + O_{pos} + S_{pos}} \times \frac{1}{n} \sum_{i=1}^{n} \frac{t_i m_i}{t_i^{\max} \tilde{o} m_i^{\max}} \right); \quad R = 1 \div \left(1^2 \times \frac{1+0+0}{1+1+1} \times \frac{1}{n} \sum_{i=1}^{n} \frac{1 \times 10}{2 \times 40} \right),$$

Базовая рациональность (R_b) = **0,042**; Рациональность (R) = **23,8 ЕКУ**.

5. Заключение: Вмешательство клинически успешно. Применение лизиноприла в дозе 10 мг 1 раз в сутки у данного пациента рационально.

А2. ОЦЕНКА ВЫГОДНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ МОНОТЕРАПИИ (НА ПРИМЕРЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ)

1. Условия:

1.1. Заболевание, шифр по МКБ-10: артериальная гипертензия, I 10.

1.2. Вмешательство: лизиноприл, 10 мг 1 раз в сутки в постоянном режиме.

2. Критерии:

2.1. Базовая рациональность (R_b*):* технический количественный критерий для расчета показателей рациональности и выгодности, характеризующий фактически достигнутый интегральный клинический результат медицинских вмешательств.

2.2. Экономичность (F): определяют: c – цену упаковки препарата, рублей; f – количество действующего вещества в отдельной дозе препарата, мг; f' – количество действующего вещества в применяемой суточной дозе препарата, мг; v – количество отдельных доз в упаковке препарата, единиц.

3. Контроль критериев в результате медицинского вмешательства:

2.1. Базовая рациональность (R_b*):* **0,042**.

2.2. Экономичность (F): c - цена одной упаковки таблеток лизиноприла – 37 рублей; f – количество действующего вещества в отдельной дозе препарата – 10 мг; f' – количество действующего вещества в применяемой суточной дозе препарата – 10 мг; v – количество отдельных доз в упаковке препарата – 30 таблеток.

4. Расчёт выгодности:

$$\grave{A} = 0{,}5Rb \times \frac{1}{n''} \sum_{k=1}^{n''} \frac{cf}{vf'}; \quad \grave{A} = 0{,}5 \times 0{,}042 \times \frac{1}{n''} \sum_{k=1}^{n''} \frac{37 \times 10}{30 \times 10},$$

Выгодность (A) = **0,026 ЭЭР**.

5. Заключение: Вмешательство экономически оправдано. Применение лизиноприла в дозе 10 мг 1 раз в сутки у данного пациента выгодно.

А3. ОЦЕНКА РАЦИОНАЛЬНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ (НА ПРИМЕРЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ)

1. Условия:

1.1. Заболевание, шифр по МКБ-10: артериальная гипертензия, I 10.

1.2. Вмешательство: лизиноприл, 10 мг 1 раз в сутки в постоянном режиме, индапамид 2,5 мг 1 раз в сутки в постоянном режиме.

2. Критерии:

2.1. Эффективность (E): достигнуты установленные целевые значения систолического и диастолического артериального давления – *E*=1; достигнуты установленные целевые значения только систолического или только диастолического артериального давления – *E*=2; недостигнуты установленные целевые значения систолического и диастолического артериального давления – *E*=3.

2.2. Полезность (U): O_{neg} – выявлено отклонение от нормы хотя бы одного из показателей, контролируемых в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями, утверждёнными Минздравом РФ – ранг «1», отсутствие таких отклонений – ранг «0»; O_{pos} – нормализация хотя бы одного из ранее имеющих отклонение показателей, контролируемых в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями, утверждёнными Минздравом РФ – ранг «1», отсутствие нормализации – ранг «0»; S_{neg} – декларируемое пациентом ухудшение самочувствия, связываемое им с настоящим заболеванием или лечением – ранг «1», отсутствие такого ухудшения самочувствия – ранг «0»; S_{pos} – декларируемое пациентом улучшение самочувствия, связываемое им с настоящим заболеванием или лечением – ранг «1», отсутствие такого улучшения самочувствия – ранг «0».

2.3. Технологичность(M): t – количество применений препарата в сутки; m – разовая доза применённого препарата; $t^{\max}$ – максимально допустимое количество применений препарата, событий в сутки; $m^{\max}$ – максимально допустимая разовая доза препарата; n – общее количество применяемых препаратов в сутки.

3. Контроль критериев в результате медицинского вмешательства:

2.1. Эффективность (E): достигнуты целевые значения систолического и диастолического артериального давления – *E*=1.

2.2. Полезность (U): O_{neg} – отсутствие отклонения от нормы контролируемых лабораторных показателей – ранг «0»; O_{pos} – нормализация имеющих отклонение контролируемых показателей – ранг «1»; S_{neg} – отсутствие декларируемого пациентом ухудшения самочувствия, связываемое им с настоящим заболеванием или лечением – ранг «0»; S_{pos} – декларируемое пациентом улучшение самочувствия, связываемое им с настоящим заболеванием или лечением – ранг «1».

2.3. Технологичность(M): лизиноприл: t – количество применений препарата в сутки – 1; m – разовая доза применённого препарата – 10 мг; $t^{\max}$ – максимально

допустимое количество применений препарата, событий в сутки – 2; $m^{\max}$ – максимально допустимая разовая доза препарата – 40 мг; n – общее количество применяемых препаратов в сутки – 1; *индапамид:* t – количество применений препарата в сутки – 1; m – разовая доза применённого препарата – 10 мг; $t^{\max}$ – максимально допустимое количество применений препарата, событий в сутки – 1; $m^{\max}$ – максимально допустимая разовая доза препарата – 2,5 мг; n – общее количество применяемых препаратов в сутки – 1.

4. Расчёт рациональности:

$$R = 1 \div \left(E^2 \times \frac{1 + O_{neg} + S_{neg}}{1 + O_{pos} + S_{pos}} \times \frac{1}{n} \sum_{i=1}^{n} \frac{t_i m_i}{t_i^{\max} \tilde{o} m_i^{\max}} \right); \quad R = 1 \div \left(1^2 \times \frac{1+0+0}{1+1+1} \times \frac{1}{n} \sum_{i=1}^{n} \frac{1 \times 10; 1 \times 2{,}5}{2 \times 40; 1 \times 2{,}5} \right),$$

Базовая рациональность (R_b) = **0,042**; Рациональность (R) = **23,8 ЕКУ**.

5. Заключение: Вмешательство клинически успешно. Применение комбинации лизиноприла в дозе 10 мг 1 раз в сутки и индапамида в дозе 2,5 мг 1 раз в сутки у данного пациента рационально.

А4. ОЦЕНКА ВЫГОДНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ (НА ПРИМЕРЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ)

1. Условия:

1.1. Заболевание, шифр по МКБ-10: артериальная гипертензия, I 10.

1.2. Вмешательство: лизиноприл, 10 мг 1 раз в сутки в постоянном режиме, индапамид 2,5 мг 1 раз в сутки в постоянном режиме.

2. Критерии:

2.1. Базовая рациональность (R_b*):* технический количественный критерий для расчета показателей рациональности и выгодности, характеризующий фактически достигнутый интегральный клинический результат медицинских вмешательств.

2.2. Экономичность (F): определяют: c – цену упаковки препарата, рублей; f – количество действующего вещества в отдельной дозе препарата, мг; f' – количество действующего вещества в применяемой суточной дозе препарата, мг; v – количество отдельных доз в упаковке препарата, единиц.

3. Контроль критериев в результате медицинского вмешательства:

2.1. Базовая рациональность (R_b*):* **0,042**.

2.2. Экономичность (F): c - цена одной упаковки таблеток лизиноприла – 37 рублей; f – количество действующего вещества в отдельной дозе препарата – 10 мг; f' – количество действующего вещества в применяемой суточной дозе препарата – 10 мг; v – количество отдельных доз в упаковке препарата – 30 таблеток; c - цена одной упаковки таблеток индапамида – 31 рубль; f – количество действующего вещества в отдельной дозе препарата – 2,5 мг; f' – количество действующего вещества в применяемой суточной дозе препарата – 2,5 мг; v – количество отдельных доз в упаковке препарата – 30 таблеток.

4. Расчёт выгодности:

$$\grave{A} = 0{,}5R_b \times \frac{1}{n''}\sum_{k=1}^{n''}\frac{cf}{vf'};\ \grave{A} = 0{,}5 \times 0{,}042 \times \frac{1}{n''}\sum_{k=1}^{n''}\frac{37 \times 10;31 \times 2{,}5}{30 \times 10;30 \times 2{,}5},$$

Выгодность (*A*) = 0,027 ЗЭР.

5. Заключение: Вмешательство экономически оправдано. Применение комбинации лизиноприла в дозе 10 мг 1 раз в сутки и и индапамида в дозе 2,5 мг 1 раз в сутки у данного пациента выгодно.

Б). Оценка рациональности и выгодности нелекарственных вмешательств

Оценка рациональности и выгодности нелекарственных медицинских вмешательств может быть выполнена во всех случаях, когда они используются для достижения контролируемого результата. Такими вмешательствами могут быть физиотерапевтические, диапевтические, хирургические и т.д.

Б1. ОЦЕНКА РАЦИОНАЛЬНОСТИ НЕЛЕКАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (НА ПРИМЕРЕ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ)

1. Условия:

1.1. Заболевание, шифр по МКБ-10: диффузный (эндемический) зоб, связанный с йодной недостаточностью, E 01.0; доброкачественное новообразование щитовидной железы, D 34.

1.2. Вмешательство: тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия щитовидной железы.

2. Критерии:

2.1. Эффективность (E): биологический материал ткани щитовидной железы в количестве, достаточном для выполнения морфологического исследования, получен за единственную пункционную аспирацию – *E*=1; биологический материал ткани щитовидной железы в количестве, достаточном для выполнения морфологического исследования, получен после нескольких пункционных аспираций – *E*=2; биологический материал ткани щитовидной железы не получен – *E*=3.

2.2. Полезность (U): O_{neg} – зарегистрировано неблагоприятное изменение контролируемых показателей и/или осложнение во время выполнения медицинского вмешательства, и/или недостигнут запланированный результат медицинского вмешательства – ранг «1», отсутствие таких изменений и/или осложнений, и/или результата – ранг «0»; O_{pos} – зарегистрировано благоприятное изменение контролируемых показателей и/или достигнут запланированный результат медицинского вмешательства – ранг «1», отсутствие таких изменений и/или результат – ранг «0»; S_{neg} – декларируемое пациентом ухудшение самочувствия, связываемое им с настоящим вмешательством, и/или неудовлетворённость выполненным вмешательством – ранг «1»,

отсутствие ухудшения самочувствия и/или неудовлетворённости – ранг «0»; S_{pos} – декларируемое пациентом улучшение самочувствия, связываемое им с настоящим вмешательством и/или удовлетворённость выполненным вмешательством – ранг «1», отсутствие улучшения самочувствия и/или удовлетворённости – ранг «0».

2.3. Технологичность(M): p – количество применений нелекарственного вмешательства, событий всего; p^{pec} – эталонное (стандартизированное, либо установленное) количество применений нелекарственного вмешательства, событий всего; n' – общее количество наименований применённых конкретных нелекарственных вмешательств, всего.

3. Контроль критериев в результате медицинского вмешательства:

2.1. Эффективность (E): биологический материал ткани щитовидной железы в количестве, достаточном для выполнения морфологического исследования, получен за единственную пункционную аспирацию – *E*=1.

2.2. Полезность (U): O_{neg} – отсутствие осложнений – ранг «0»; O_{pos} – полученный материал биоптата информативен – ранг «1»; S_{neg} – отсутствие ухудшения самочувствия пациента – ранг «0»; S_{pos} – отсутствие улучшения самочувствия пациента – ранг «0».

2.3. Технологичность(M): p – количество применений нелекарственного вмешательства, событий всего – 1; p^{pec} – эталонное (среднестатистическое) количество успешных применений вмешательства, событий всего – 2; n' – общее количество наименований применённых конкретных нелекарственных вмешательств, всего – 1.

4. Расчёт рациональности:

$$R = 1 \div \left(E^2 \times \frac{1 + O_{neg} + S_{neg}}{1 + O_{pos} + S_{pos}} \times \frac{1}{n'} \sum_{j=1}^{n'} \frac{p_j}{p_j^{pec}} \right); \; R = 1 \div \left(1^2 \times \frac{1+0+0}{1+1+1} \times \frac{1}{n} \sum_{i=1}^{n} \frac{1}{2} \right),$$

Базовая рациональность (R_b) = **0,165**; Рациональность (*R*) = **6,06 ЕКУ**.

5. Заключение: Вмешательство клинически успешно. Тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы у данного пациента рациональна.

Б2. ОЦЕНКА ВЫГОДНОСТИ НЕЛЕКАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (НА ПРИМЕРЕ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ)

1. Условия:

1.1. Заболевание, шифр по МКБ-10: диффузный (эндемический) зоб, связанный с йодной недостаточностью, E 01.0; доброкачественное новообразование щитовидной железы, D 34.

1.2. Вмешательство: тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия щитовидной железы.

2. Критерии:

2.1. Базовая рациональность (R_b*):* технический количественный критерий для расчета показателей рациональности и выгодности, характеризующий фактически достигнутый интегральный клинический результат медицинских вмешательств.

2.2. Экономичность (F): определяют: b – цену фактического количества применений конкретного нелекарственного вмешательства, рублей; b^{rec} – цену эталонного (стандартизированного либо установленного) количества применений нелекарственного вмешательства, рублей.

3. Контроль критериев в результате медицинского вмешательства:

2.1. Базовая рациональность (R_b*):* 0,165.

2.2. Экономичность (F): b – цена фактического количества применений конкретного нелекарственного вмешательства, рублей – 2 300; b^{rec} – цена эталонного (среднестатистического) количества применений нелекарственного вмешательства, рублей – 4 600.

4. Расчёт выгодности:

$$\text{À} = 0{,}5R_b \times \frac{1}{n'}\sum_{i=1}^{n'}\frac{b_j}{b_j^{rec}};\ \text{À} = 0{,}5 \times 0{,}165 \times \frac{1}{n''}\sum_{k=1}^{n''}\frac{2300}{4600},$$

Выгодность (*A*) = 0,042 ЗЭР.

5. Заключение: Вмешательство экономически оправдано. Тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы у данного пациента выгодна.

B). Оценка рациональности и выгодности комбинированных вмешательств

Оценка рациональности и выгодности комбинированных медицинских вмешательств применима во всех случаях, когда для достижения контролируемого результата используется установленное профессиональными указаниями, стандартами или рекомендациями сочетание лекарственных и нелекарственных медицинских вмешательств. Такими вмешательствами могут быть многокомпонентные хирургические, диапевтические, терапевтические, профилактические и т.д.

B1. ОЦЕНКА РАЦИОНАЛЬНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (НА ПРИМЕРЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КАРБУНКУЛЕ ЛИЦА)

1. Условия:

1.1. Заболевание, шифр по МКБ-10: абсцесс кожи, фурункул и карбункул лица, L 02.0.

1.2. Вмешательство: антиинфекционная химиотерапия (с учётом чувствительности флоры) – цефтриаксон 1000 мг внутримышечно, 1 раз в сутки; вскрытие и дренирование карбункула.

2. Критерии:

2.1. Эффективность (E): достигнуты в установленный срок заживление послеоперационный раны и нормализация общего состояния пациента – *E*=1; достигнуты в установленный срок заживление послеоперационный раны или нормализация общего состояния пациента – *E*=2; недостигнуты в установленный срок заживление послеоперационный раны и нормализация общего состояния пациента – *E*=3.

2.2. Полезность (U): O_{neg} – зарегистрировано неблагоприятное изменение контролируемых показателей и/или осложнение во время выполнения медицинского вмешательства, и/или недостигнут запланированный результат медицинского вмешательства – ранг «1», отсутствие таких изменений и/или осложнений, и/или результата – ранг «0»; O_{pos} – зарегистрировано благоприятное изменение контролируемых показателей и/или достигнут запланированный результат медицинского вмешательства – ранг «1», отсутствие таких изменений и/или результат – ранг «0»; S_{neg} – декларируемое пациентом ухудшение самочувствия, связываемое им с настоящим вмешательством, и/или неудовлетворённость выполненным вмешательством – ранг «1», отсутствие ухудшения самочувствия и/или неудовлетворённости – ранг «0»; S_{pos} – декларируемое пациентом улучшение самочувствия, связываемое им с настоящим вмешательством и/или удовлетворённость выполненным вмешательством – ранг «1», отсутствие улучшения самочувствия и/или удовлетворённости – ранг «0».

2.3. Технологичность(M): t – количество применений препарата в сутки; m – разовая доза применённого препарата; $t^{\max}$ – максимально допустимое количество применений препарата, событий в сутки; $m^{\max}$ – максимально допустимая разовая доза препарата; n – общее количество применяемых препаратов в сутки; p – количество применений нелекарственного вмешательства, событий всего; p^{pec} – эталонное (стандартизированное, либо установленное) количество применений нелекарственного вмешательства, событий всего; n' – общее количество наименований применённых конкретных нелекарственных вмешательств, всего.

3. Контроль критериев в результате медицинского вмешательства:

2.1. Эффективность (E): в установленный срок достигнуты заживление послеоперационный раны и нормализация общего состояния пациента – *E*=1.

2.2. Полезность (U): O_{neg} – отсутствие неблагоприятного изменения контролируемых показателей и осложнений медицинского вмешательства – ранг «0»; O_{pos} – достигнут запланированный результат медицинского вмешательства – ранг «1»; S_{neg} – отсутствие ухудшения самочувствия пациента – ранг «0»; S_{pos} – улучшение самочувствия пациента, связываемое им с выполненным вмешательством – ранг «1».

2.3. Технологичность(M): t – количество применений препарата в сутки – 1; m – разовая доза применённого препарата – 1000 мг; $t^{\max}$ – максимально допустимое количество применений препарата, событий в сутки – 1; $m^{\max}$ – максимально допустимая разовая доза препарата – 4000 мг; n – общее количество применяемых препаратов в сутки – 1; p – количество применений нелекарственного вмешательства, событий всего – 1; p^{pec} – эталонное (среднестатистическое) количество успешных

применений вмешательства, событий всего – 2; n' – общее количество наименований применённых конкретных нелекарственных вмешательств, всего – 1.

4. Расчёт рациональности:

$$R = 1 \div \left(E^2 \times \frac{1 + O_{neg} + S_{neg}}{1 + O_{pos} + S_{pos}} \times \frac{1}{n} \sum_{i=1}^{n} \frac{t_i m_i}{t_i^{\max} m_i^{\max}} \times \frac{1}{n'} \sum_{j=1}^{n'} \frac{p_j}{p_j^{pec}} \right);$$

$$R = 1 \div \left(1^2 \times \frac{1 + 0 + 0}{1 + 1 + 1} \times \frac{1}{n} \sum_{i=1}^{n} \frac{1 \times 1000}{1 \times 4000} \times \frac{1}{n'} \sum_{j=1}^{n'} \frac{1}{1} \right)$$

Базовая рациональность (R_b) = **0,083**; Рациональность (R) = **12,05 ЕКУ**.

5. Заключение: Вмешательство клинически успешно. Антиинфекционная химиотерапия цефтриаксоном с вскрытием и дренированием карбункула у данного пациента рациональна.

В2. ОЦЕНКА ВЫГОДНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (НА ПРИМЕРЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КАРБУНКУЛЕ ЛИЦА)

1. Условия:

1.1. Заболевание, шифр по МКБ-10: абсцесс кожи, фурункул и карбункул лица, L 02.0.

1.2. Вмешательство: антиинфекционная химиотерапия (с учётом чувствительности флоры) – цефтриаксон 1000 мг внутримышечно, 1 раз в сутки; вскрытие и дренирование карбункула.

2. Критерии:

2.1. Базовая рациональность (R_b): технический количественный критерий для расчета показателей рациональности и выгодности, характеризующий фактически достигнутый интегральный клинический результат медицинских вмешательств.

2.2. Экономичность (F): определяют: c – цену упаковки препарата, рублей; f – количество действующего вещества в отдельной дозе препарата, мг; f' – количество действующего вещества в применяемой суточной дозе препарата, мг; v – количество отдельных доз в упаковке препарата, единиц; b – цену фактического количества применений конкретного нелекарственного вмешательства, рублей; b^{rec} – цену эталонного (стандартизированного либо установленного) количества применений нелекарственного вмешательства, рублей.

3. Контроль критериев в результате медицинского вмешательства:

2.1. Базовая рациональность (R_b): **0,083**.

2.2. Экономичность (F): c – цена упаковки препарата, рублей – 12,9; f – количество действующего вещества в отдельной дозе препарата – 1000 мг; f' – количество действующего вещества в применяемой суточной дозе препарата – 1000 мг; v – количество отдельных доз в упаковке препарата, единиц – 1; b – цена фактического количества применений конкретного нелекарственного вмешательства, рублей

– 4112; b^{rec} – цена эталонного (среднестатистического) количества применений нелекарственного вмешательства, рублей – 4112.

4. Расчёт выгодности:

$$\grave{A} = 0{,}5 R_b \times \frac{1}{n''} \sum_{k=1}^{n''} \frac{cf}{vf'} \times \frac{1}{n'''} \sum_{c=1}^{n'''} \frac{b_c}{b_c^{rec}}; \quad \grave{A} = 0{,}5 \times 0{,}083 \times \frac{1}{n''} \sum_{k=1}^{n''} \frac{12{,}9 \times 1000}{1 \times 1000} \times \frac{1}{n'''} \sum_{c=1}^{n'''} \frac{4112}{4112},$$

Выгодность (*A*) = **0,54 ЭЭР**.

5. Заключение: Вмешательство экономически оправдано. Антиинфекционная химиотерапия цефтриаксоном с вскрытием и дренированием карбункула у данного пациента выгодна.

Приложение В.

Расчёт средневыборочных значений показателей «рациональность» и «выгодность» и константы точных значений некоторых технических критериев

При проведении клинических исследований могут быть расчитаны показатели «рациональность выборки» и «выгодность выборки». В этом случае расчет осуществляется по формулам 13 и 14 (рис. В1).

Показатель «рациональность выборки»

$$R_{samp} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^{n} R \qquad (13)$$

где: R_{samp} – средняя рациональность в исследовательской выборке, R – рациональность вмешательства у респондента выборки; n – общее количество респондентов

Показатель «выгодность выборки»

$$A_{samp} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^{n} A \qquad (14)$$

где: A_{samp} – средняя выгодность в исследовательской выборке; A – выгодность вмешательства у респондента выборки; n – общее количество респондентов

Рисунок В.1 **Расчет показателей «рациональность выборки» и «выгодность выборки»**

Для расчета технического критетия «эффективность» интерпретация констант приведена приведена в таблице В1.

Таблица В.1. Константы значений технического рангового критерия «эффективность» (*E*)

E	E^2	РЕЗУЛЬТАТ	ИСХОД
1	1	отсутствие контролируемых событий (исходов) по всем включённым в показатель параметрам	позитивный
2	4	достигнуто хотя бы одно контролируемое событие (исход) по любому включённому в показатель параметру, за исключением событий (исходов) установленных для истинной или суррогатной конечной точки	оценка зависит от условий вмешательства
3	9	достигнуто хотя бы одно контролируемое событие (исход) по любому параметру, установленному для истинной либо суррогатной конечной точки, либо достигнуты контролируемые события (исходы) по всем параметрам	негативный

Вычисленные константы технического критетия «полезность» и их интерпретация приведены в таблице В2.

Таблица В.2. Константы значений технического критерия «полезность» (*U*)

Oneg+Sneg	*Opos+Spos*	*U*	ИСХОД
0 (0+0)	0 (0+0)	1	оценка зависит от условий*
0 (0+0)	1 (0+1)	0,5	позитивный
0 (0+0)	1 (1+0)	0,5	
0 (0+0)	2 (1+1)	0,333	
1 (0+1)	0 (0+0)	2	
1 (0+1)	1 (0+1)	1	оценка зависит от условий
1 (0+1)	1 (1+0)	1	
1 (0+1)	2 (1+1)	0,667	
1 (1+0)	0 (0+0)	2	негативный
1 (1+0)	1 (0+1)	1	оценка зависит от условий
1 (1+0)	1 (1+0)	1	
1 (1+0)	2 (1+1)	0,667	
2 (1+1)	0 (0+0)	3	пегативный
2 (1+1)	1 (0+1)	1,5	
2 (1+1)	1 (1+0)	1,5	
2 (1+1)	2 (1+1)	1	оценка зависит от условий

Примечание: ** - в этой и следующей таблицах под условиями подразумеваются параметры ограничений, установленных в конкретном медицинском вмешательстве или научном исследовании.*

Вычисленные константы прогноза исходов приведены в таблице В3.

Таблица В.3. Расчетные значения (константы) прогноза исходов

ЗНАЧЕНИЯ				КОНСТАНТА E2xU	ИСХОД
E2	*Oneg+Sneg*	*Opos+Spos*	*U*		
1	0	2	0,333	**0,333**	положительный
1	0	1	0,5	**0,500**	положительный
1	1	2	0,667	**0,667**	положительный
1	0	0	1	**1,000**	оценка зависит от условий
1	1	1	1	**1,000**	оценка зависит от условий
1	2	2	1	**1,000**	оценка зависит от условий
1	2	1	1,5	**1,500**	оценка зависит от условий
1	1	0	2	**2,000**	оценка зависит от условий
1	2	0	3	**3,000**	оценка зависит от условий
4	0	2	0,333	**1,332**	оценка зависит от условий
4	0	1	0,5	**2,000**	оценка зависит от условий
4	1	2	0,667	**2,668**	оценка зависит от условий
4	0	0	1	**4,000**	отрицательный
4	1	1	1	**4,000**	отрицательный
4	2	2	1	**4,000**	отрицательный
4	2	1	1,5	**6,000**	отрицательный
4	1	0	2	**8,000**	отрицательный
4	2	0	3	**12,000**	отрицательный
9	0	2	0,333	**2,997**	отрицательный
9	0	1	0,5	**4,500**	отрицательный
9	1	2	0,667	**6,000**	отрицательный
9	0	0	1	**9,000**	отрицательный
9	1	1	1	**9,000**	отрицательный
9	2	2	1	**9,000**	отрицательный
9	2	1	1,5	**13,500**	отрицательный
9	1	0	2	**18,000**	отрицательный
9	2	0	3	**27,000**	отрицательный

Литература

1. Омельяновский В.В., Сура М.В., Деркач Е.В., Авксентьева М.В. Клинические рекомендации: от разработки к внедрению. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2020; (4): 45–51.

2. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: количественная оценка результата антигипертензивной терапии. М.: Издательский дом «Академия естествознания», 2008. 92 с.

3. Николаев, Н.А. Количественная оценка результата антигипертензивной фармакотерапии / Н.А. Николаев // Современные наукоемкие технологии, 2009;(1):30-31.

4. Николаев, Н.А. Оптимизация управленческих решений в здравоохранении на основе объективизации результата лекарственной терапии больных хроническими заболеваниями / Н.А. Николаев // Главный врач: хозяйство и право, 2012;(6):23-26.

5. Жеребилов, В.В. Интегральная количественная оценка результата лекарственной терапии / В.В. Жеребилов, Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015;(11-4):519-522.

6. Николаев, Н.А. Руководство по клиническим исследованиям внутренних болезней: научная монография / Н.А. Николаев. – М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2015. .74 с.

7.

2. Белоусов, Д.Ю. Учебное пособие «Управление клиническими исследованиями» / Д.Ю. Белоусов, С.К. Зырянов, А.С. Колбин // Качественная клиническая практика, 2017. – № 3. – С. 80-84.

3. Воробьёв, П.А. Мультикритериальный анализ принятия решений (MCDA) в оценке медицинских технологий – за и против / П.А. Воробьев, М.А. Холовня, Л.С. Краснова // Тихоокеанский медицинский журнал, 2015. – № 1. – С. 35-39.

5. Герцик, Ю.Г. Управление кластерными структурами в сфере медицины и медицинской промышленности с использованием принципов нейробиологии / Ю.Г. Герцик, А.Н. Рогоза, С.А. Бойцов // Вестник Института экономики Российской академии наук, 2018. – № 1. – С. 134-143.

7. Зырянов, С.К. Фармакоэкономическая оценка лекарственных препаратов: что важно для практического врача / С.К. Зырянов, Ж.А. Галеева // Эффективная фармакотерапия, 2016. – № 11. – С. 40-45.

8. Клинико-экономический анализ: издание 3-е, дополненное, с приложениями / П. А. Воробьев, М. В. Авксентьева, О. В. Брисенко, А. И. Воробьев, Д. В. Лукъянцева, М. В. Сура, А. С. Юрьев - Москва: Ньюдиамед, 2008. – 778 с.

9. Комбинированные конечные точки в клинических исследованиях: обзор публикаций. Редакционная статья. Качественная клиническая практика, 2010;(1):39-53.

10. Концевая, А.В. Моделирование как метод оценки экономической целесообразности дистанционного мониторинга артериального давления на региональном уровне / А.В. Концевая, Д.С. Комков Д.С., С.А. Бойцов // Здравоохранение Российской Федерации. 2017. – Т. 61. – № 1. – С. 10-16.

11. Концепция маржинальности затрат при моделировании расходов в условиях коморбидности патологии / П.А. Воробьев, В.В. Цурко, М.Е. Елисеева, Л.С. Краснова // Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2016. – № 9-10. – С. 26-32.

11. Кусакина, В.О. Можно ли отказать пациенту в терапии из-за высокой цены лекарства? / В.О. Кусакина, В.В. Власов // Правовые вопросы в здравоохранении. 2017. – № 7. – С. 40-45.

16. Оценка медицинских технологий. Рекомендации. С.К. Зырянов, Д.Ю. Белоусов, Е.В. Афанасьева [и др.]. Под общ. ред. Ю.Б. Белоусова. М.: Изд-во ОКИ, 2013. 40 с.

17. Принципы оценки инновационных медицинских технологий в Федеральном медико-биологическом агентстве России. П.А. Воробьев, А.С. Самойлов, Д.Н. Дугин, А.Е. Пименова, Л.С. Краснова, А.П. Воробьев. Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2017;(5-6):35-42.

18. Рациональная фармакотерапия в кардиологии: от рутинного контроля к эффективному управлению. Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко, С.С. Бунова, А.В. Ершов. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2017;13(5):609-14.

19. Стародубов, В.И. Оптимизация финансирования исследований и разработок в России: анализ соответствия проблем и решений. В.И. Стародубов, Н.Г. Куракова. Вестник РАН, 2017;87(11):963-73.

20. Сычев, Д.А. Индекс рациональности применения лекарственного средства как метод борьбы с полипрагмазией. Д.А. Сычев, Е.Е. Сосновский, В.А. Отделенов. Клиническая фармакология и терапия, 2016;25(3):79-82.

21. Сычев, Д.А. Полипрагмазия в клинической практике: проблема и решения Учебное пособие для врачей; под общ. ред. Д.А. Сычева; науч. ред. В.А. Отделенов. СПб.: ЦОП «Профессия», 2016. 224 с.

22. Экспертиза качества медицинской помощи: проблемные точки правоприменения в клинической практике. Н.А. Николаев, В.А. Колбина, М.В. Колбина, А.Н. Судакова, В.М. Шадевский. Страховое дело. 2017;(11):29-34.

23. Committee for Proprietary Medicinal Products (CPMP). Points to consider on multiplicity issues in clinical trials. CPMP/EWP/908/99. Available from URL: http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/ewp/ 090899en.pdf [Accessed 2025.07.06]

24. World Health Organization. Choosing Interventions that are Cost-Eff ective. Электронный ресурс. URL:http://www.who.int/choice/cost-effectiveness/en.pdf [Accessed 2025.07.06]

Раздел 15

ОПРОСНИКИ И ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ В 6П-МЕДИЦИНЕ

Под редакцией д.м.н.
Н. А. Николаева

ОПРОСНИКИ ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ

Николаев Н. А.

Использование опросников для оценки приверженности давно стало повсеместным. В основе большинства опросников для оценки приверженности использована шкала Ликерта (вар. Лайкерта). Шкала Ликерта (англ. Likert scale) — психометрическая шкала, которая часто используется в опросниках и анкетных исследованиях. Названа по фамилии американского социального психолога Ренсиса Ликерта, предложившего её в 1931 г. [1].

Обычно респонденту предлагают выразить степень своего согласия с некоторыми утверждениями, каждое из которых описывает какую-то сторону или аспект изучаемого феномена. Далее каждому варианту ответа присваивается количественное значение (например, «совершенно не согласен» — 1 балл, «частично не согласен» — 2 балла, «не уверен» — 3 балла, «частично согласен» — 4 балла, «совершенно согласен» — 5 баллов) и вычисляется сумма оценок по всем суждениям. Количество вариантов ответов может быть различным.

Шкала Ликерта широко распространена в социологических, социально-психологических исследованиях, гораздо реже используется в маркетинговых и экономических исследованиях.

При этом результаты применения опросника никогда не являются универсальным показателем приверженности. Даже валидированные опросники при использовании у пациентов с разными заболеваниями в разных странах могут демонстрировать различные показатели чувствительности, специфичности и надёжности. В то же время, по соотношению «удобство/затраты/информативность» в клинической практике опросники не имеют себе равных.

При использовании опросников следует, по возможности, учитывать их объективные и субъективные ограничения, учитывая, что при заполнении любых опросников респонденты склонны завышать или искажать свои оценки.

Наиболее значимыми рисками являются следующие:

1. Риск искажений, связанных с субъективностью восприятия. Пациенты могут неправильно воспринимать симптомы заболевания, преувеличивать или недооценивать интенсивность боли, степень усталости и др., что снижает точность результатов опроса.

2. Риск искажений, связанных с особенностями психологического состояния респондентов. Эмоциональное состояние пациента во время заполнения анкеты (стресс, депрессия, тревога) способны оказывать влияние на полученные результаты, искажая восприятие и оценку реального самочувствия.

3. Риск искажений, связанных со следованием респондента парадигмальным установкам. Искажение результатов, связанная с невозможностью дифференцировать совокупность их личных представлений, сформировавшихся под влиянием индивидуальной среды и личного опыта, от совокупности личных представлений, сформировавшихся под влиянием социума.

4. Риск искажений, связанных с культурными различиями восприятия и интерпретации симптомов. Представители различных культур имеют разные представления о здоровье и болезни, что влияет на восприятие пациентами собственного состояния здоровья и может исказить оценку тяжести симптомов.

5. Риск искажений, связанных с непреднамеренными или намеренными ошибками респондентов. Часть опрашиваемых может отвечать случайным образом или намеренно искажать информацию, в том числе ради определенных целей, включая получение предполагаемых выгод от конкретного результата анкетирования.

6. Риск искажений, связанных с недостаточной информативностью субъективно оцениваемых проявлений болезни либо состояния здоровья. Некоторые аспекты заболевания сложно оценить посредством анкетирования, без применения специальных лабораторных и инструментальных методов исследования.

7. Риск искажений, связанных с невозможностью универсального учета индивидуальных особенностей организма. Каждый организм уникален, поэтому одинаковые симптомы у разных людей, и интерпретация ими этих симптомов при заполнении опросников) могут иметь разные причины и последствия. Опросник не способен учесть индивидуальные особенности каждого конкретного случая.

8. Риск искажений, связанных с языковыми барьерами. При проведении международных исследований, а также при использовании переводов оригинальных опросников на другие языки, возникают проблемы интерпретации и применения терминов и понятий, что ведет к потере точности и достоверности данных.

9. Риск искажений, связанный с отсутствием универсальной стандартизации вопросов. Вопросы в разных опросниках могут различаться по формулировке, количеству пунктов, шкалам оценки, что затрудняет сравнение полученных данных между собой и сопоставление результатов различных исследований.

10. Риск искажений, связанных с неправильной интерпретацией результатов анкетирования медицинскими работниками и исследователями. Интерпретация результатов должна проводиться специалистами, обладающими знаниями о диагностике конкретных заболеваний и особенностях применяемых методик обследования, включая конкретные опросники.

11. Недостаток времени или ресурсов, необходимых для заполнения опросников и/или последующей обработки данных. Заполнение и обработка большого объема информации требует значительных временных затрат или разработки специализированных компьютерных программ, обеспечивающих автоматизацию процесса анализа данных.

Минимизировать риски, связанные с ограничениями опросников приверженности лечению, могут: обучение исследователей и интервьюеров методике сбора данных и способам правильного ведения беседы, правильной интерпретации результатов и своевременному выявлению случаев ложных показаний. Респондентам должно быть разъяснено значение заполненного ими опросника, цели его проведения и важность честных ответов. Для снижения риска ошибочных или некорректных ответов необходимо строго соблюдать правила инструктажа перед началом процедуры тестирования.

В настоящей главе представлены опросники приверженности лечению, наиболее широко применяемые в мире и в России. В таблце 1 отражены общие сведения, в таблицах 2 и 3 – приведены спектры охвата диагностического поля и целевых когорт для отдельных опросников.

Таблица 1. Основные опросники приверженности лечению: общие сведения

Опросник, год создания (или первой публикации)	Количество вопросов анкеты	Чувствительность и специфичность	Внутренняя устойчивость теста	Авторские ограничения использования
Опросник удовлетворенности лекарственным лечением (Medication Satisfaction Questionnaire; MSQ), 1999	1	нет данных	нет данных	нет
Шкала приверженности НОДФ, модифицированный вариант, 2021	3	чувствительность 89% специфичность 62%	$\alpha_{(Cronbach's)}$: 0,760 $k_{(Cohen's)}$: 0,940	нет
Шкала комплайенса Morisky-4 (4-item Morisky Medication Adherence Scale; MMAS-4), 1986	4	чувствительность 44% специфичность 47%	$\alpha_{(Cronbach's)}$: 0,610	коммерческая лицензия
Отечественный опросник приверженности терапии, 2014	4	нет данных	$\alpha_{(Cronbach's)}$: 0,504	нет
Шкала комплайенса Morisky-8 (8-item Morisky Medication Adherence Scale; MMAS-8), 2008	8	чувствительность 93% специфичность 53%	$\alpha_{(Cronbach's)}$: 0,830	коммерческая лицензия
Шкала репортирования приверженности к приему лекарств (Medication Adherence Report Scale; MARS-5, MARS-10), 2000	10 вариант 5	нет данных	$\alpha_{(Cronbach's)}$: 0,860	нет
Краткий лекарственный опросник (Brief Medication Questionnaire; BMQ), 1999	11	нет данных	нет данных	нет
Опросник восполнения лекарств и приверженности к ним (Adherence to Refills and Medications Scale; ARMS), 2009	12	нет данных	$\alpha_{(Cronbach's)}$: 0,814	нет
Опросник оценки приверженности медикаментозному лечению (12-item medication adherence scale; MAS-12), 2018	12 вариант 10	нет данных	$\alpha_{(Cronbach's)}$: 0,766	нет
Шкала оценки приверженности больных гипертонией (Hill-Bone), 2000	14 вариант 9	нет данных	$\alpha_{(Cronbach's)}$: 0,680 $k_{(Cohen's)}$: 0,390	нет
Шкала самоэффективности в применении лекарств (The Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale; SEAMS-13, SEAMS-21), 2007	21 вариант 13	нет данных	$\alpha_{(Cronbach's)}$: 0,890	нет
Шкала медикаментозного комплайенса, 2007	25	нет данных	$\alpha_{(Cronbach's)}$: 0,831	нет
Система опросников комплексной оценки приверженности КОП-25, 2008	25	чувствительность 93% специфичность 78%	$\alpha_{(Cronbach's)}$: 0,818 $k_{(Cohen's)}$: 0,562	нет

Таблица 2. Основные опросники приверженности лечению: диагностическое поле

Опросник, год создания (или первой публикации)	Приверженность				
	фактическая				потенциальная
	приему лекарств	посещению врача и самоконтролю	изменению образа жизни	общая	здоровые / без симптомов / до лечения
Опросник удовлетворенности лекарственным лечением (Medication Satisfaction Questionnaire; MSQ), 1999	да				
Шкала приверженности НОДФ, модифицированный вариант, 2021	да				да*
Шкала комплайенса Morisky-4 (4-item Morisky Medication Adherence Scale; MMAS-4), 1986	да				
Отечественный опросник приверженности терапии, 2014	да				
Шкала комплайенса Morisky-8 (8-item Morisky Medication Adherence Scale; MMAS-8), 2008	да				
Шкала репортирования приверженности к приему лекарств (Medication Adherence Report Scale; MARS-5, MARS-10), 2000	да				
Краткий лекарственный опросник (Brief Medication Questionnaire; BMQ), 1999	да				
Опросник восполнения лекарств и приверженности к ним (Adherence to Refills and Medications Scale; ARMS), 2009	да				
Опросник оценки приверженности медикаментозному лечению (12-item medication adherence scale; MAS-12), 2018	да				
Шкала оценки приверженности больных гипертонией (Hill-Bone), 2000	да	да	да		
Шкала самоэффективности в применении лекарств (The Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale; SEAMS-13, SEAMS-21), 2007	да				
Шкала медикаментозного комплайенса, 2007	да				
Система опросников комплексной оценки приверженности КОП-25, 2008	да	да	да	да	да**

Примечания: * - только в отношении приема лекарств; ** - в отношении приема лекарств, посещения врача, самоконтроля, и модификации образа жизни

Таблица 3. Основные опросники приверженности лечению: целевые когорты

Опросник, год создания (или первой публикации)	Целевая когорта				
	возрастная группа			особые группы	
	18 лет и старше	12 - 14 лет	15 – 17 лет	беременные	законные представители
Опросник удовлетворенности лекарственным лечением (Medication Satisfaction Questionnaire; MSQ), 1999	да				
Шкала приверженности НОДФ, модифицированный вариант, 2021	да				
Шкала комплайенса Morisky-4 (4-item Morisky Medication Adherence Scale; MMAS-4), 1986	да				
Отечественный опросник приверженности терапии, 2014	да				
Шкала комплайенса Morisky-8 (8-item Morisky Medication Adherence Scale; MMAS-8), 2008	да				
Шкала репортирования приверженности к приему лекарств (Medication Adherence Report Scale; MARS-5, MARS-10), 2000	да				
Краткий лекарственный опросник (Brief Medication Questionnaire; BMQ), 1999	да				
Опросник восполнения лекарств и приверженности к ним (Adherence to Refills and Medications Scale; ARMS), 2009	да				
Опросник оценки приверженности медикаментозному лечению (12-item medication adherence scale; MAS-12), 2018	да				
Шкала оценки приверженности больных гипертонией (Hill-Bone), 2000	да				
Шкала самоэффективности в применении лекарств (The Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale; SEAMS-13, SEAMS-21), 2007	да				
Шкала медикаментозного комплайенса, 2007	да				
Система опросников комплексной оценки приверженности КОП-25, 2008	да	да	да	да	да

Наиболее распространеные опросники и шкалы для оценки приверженности лечению

Опросник удовлетворенности лечением (Medication Satisfaction Questionnaire; MSQ)

Опросник, который врачи читают вслух пациентам. Предназначен для оценки удовлетворенности лечением пациентов с шизофренией. Он состоит из одного вопроса, ответы на который расценивают по семибалльной шкале [2, 3].

Насколько вы в целом удовлетворены принимаемыми в настоящее время антипсихотическими препаратами?	
Выберите один наиболее подходящий вариант ответа	1. Крайне неудовлетворен
	2. Очень недоволен
	3. Несколько недоволен
	4. Ни неудовлетворен, ни недоволен
	5. В некоторой степени удовлетворен
	6. Очень доволен
	7. Чрезвычайно доволен

Оценка и интерпретация результатов: Тест включает один вопрос об удовлетворённости пациента получаемой антипсихотической фармакотерапией, который оценивается по 7-рейтинговой шкале Ликерта и варьируют от «крайне неудовлетворен» до «чрезвычайно доволен». Большему значению полученного балла соответствует больший показатель приверженности.

Шкала приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии (НОДФ), потенциальная приверженность, общая приверженность, фактическая приверженность к конкретным лекарственным препаратам

Первоначально были разработаны две модификации опросника: НОДФ-1 (для оценки потенциальной и исходной фактической приверженности при первом визите пациента) и НОДФ-2 (для оценки фактической приверженности к рекомендациям, полученным на предшествующих визитах). В 2021 г. авторы разработали модифицированный вариант опросника для оценки фактической приверженности к конкретным лекарственным препаратам, включающий три вопроса [4], который также приводится в настоящем руководстве.

Потенциальная приверженность	
Собираетесь ли Вы принимать лекарственные препараты, рекомендованные Вам врачом на этом визите	
1. Нет	- потенциально не привержен
2. Скорее нет, чем да	- потенциально частично не привержен
3. Скорее да, чем нет	- потенциально частично привержен
4. Да	- потенциально привержен

Общая фактическая приверженность
1 Назначал ли Вам лечащий врач лекарственную терапию?
1. Нет
2. Да
2 Нарушаете ли Вы рекомендации Вашего лечащего врача в отношении приема лекарственных препаратов (препарата) (регулярности приема, соблюдения дозировки препарата, кратности и времени приема лекарственного средства и т.д.)
1. Да, я не стал принимать назначенные препарат(ы). (4 балла)
2. Да, я прекратил начатый прием препарата(ов). (3 балла)
3. Да, я принимаю лекарство (-а) нерегулярно, самостоятельно прекращаю прием лекарства или меняю дозу, кратность, время приема препаратов. (2 балла)
4. Да, я иногда забываю принять препарат(ы). (1 балл)
5 Нет, я принимаю лекарства строго согласно рекомендациям врача. (0 баллов)
3. Если Вы не стали принимать или прекратили прием назначенных лекарственных препаратов, назовите ведущую причину этого
1. Забываю принять препараты
2. Опасаюсь побочных эффектов, вреда здоровью при длительном приеме лекарств
3. Возникли побочные эффекты лекарственной терапии
4. Отсутствие ощутимого эффекта (улучшения) от лечения
5. Принимаю очень много разных лекарственных препаратов
6. У меня очень сложная схема приема лекарств (много раз в день, помногу таблеток)
7. Высокая цена препаратов

8. Сомневаюсь в необходимости назначенного мне лечения
9. Не хочу принимать лекарства постоянно длительно
10. Другое (укажите)

Фактическая приверженность к конкретным лекарственным препаратам
1 Назначал ли Вам лечащий врач лекарственную терапию?
1. Нет
2. Да
2 Нарушаете ли Вы рекомендации Вашего лечащего врача в отношении приема лекарственных препаратов (препарата) (регулярности приема, соблюдения дозировки препарата, кратности и времени приема лекарственного средства и т.д.)
1. Да, я не стал принимать назначенные препарат(ы). Укажите, какой препарат (препараты) Вы не стали принимать
2. Да, я прекратил начатый прием препарата(ов). Укажите, какой препарат (препараты) Вы начали, но прекратили принимать
3. Да, я принимаю лекарство (-а) нерегулярно, самостоятельно прекращаю прием лекарства или меняю дозу, кратность, время приема препаратов. Укажите, в отношении какого (каких) препарата(ов) Вы так поступаете
4. Да, я иногда забываю принять препарат(ы). Укажите, какой препарат (препараты) Вы забываете принимать
5 Нет, я принимаю лекарства строго согласно рекомендациям врача
3. Если Вы не стали принимать или прекратили прием назначенных лекарственных препаратов, назовите ведущую причину этого
1. Опасаюсь побочных эффектов, вреда здоровью при длительном приеме лекарств. Отметьте, для какого (каких) препарата (ов)
2. Возникли побочные эффекты лекарственной терапии. Отметьте, при приеме какого (каких) препарата(ов)
3. Опасаюсь побочных эффектов, вреда здоровью при длительном приеме лекарств. Отметьте, для какого препарата(ов)
4. Отсутствие ощутимого эффекта (улучшения) от лечения. Отметьте, для какого (каких) препарата (ов)
5. Принимаю очень много разных лекарственных препаратов
6. У меня очень сложная схема приема лекарств (много раз в день, помногу таблеток)
7. Высокая цена препаратов. Отметьте, для какого (каких) препарата(ов)
8. Сомневаюсь в правильности назначенного мне лечения (если для какого-то конкретного(ых) препарата (ов), укажите)
9. Не хочу принимать лекарства постоянно длительно (если для какого-то конкретного(ых) препарата(ов), укажите)
10. Другое (укажите)

Оценка и интерпретация результатов: Оценка приверженности осуществляется в баллах: 0 баллов – полная приверженность; 1 балл – частичная, неполная приверженность, ненамеренные нарушения врачебных рекомендаций; 2 балла – частичная, неполная приверженность, намеренные нарушения врачебных рекомендаций; 3 балла – частичная, вторичная неприверженность; 4 балла – полная, первичная неприверженность. Приверженными считаются пациенты, которые набрали 0 баллов по опроснику, неприверженными — 1 балл и более.

Шкала комплайенса Morisky (4-item Morisky Medication Adherence Scale; MMAS-4)

Тест из 4 вопросов, который оценивает приверженность лекарственной терапии. Создан и опубликован в 1986 г. Часто используется в научных исследованиях, в том числе при разработке новых опросников и шкал, в качестве эталонного теста для валидизации новых анкет [5]. Некоторые статистические характеристики опросника не подтверждаются в независимых исследованиях. В ряде зарубежных и российских исследованиях качество результатов, получаемых при использовании теста, подвергается существенной критике (см. также: т.1, раздел 2, глава 4 настоящего Руководства)]. Также научным сообществом критикуется коммерческий характер использования опросника [6-8].

Ответьте «да» или «нет» на каждый из перечисленных ниже вопросов		
Вопросы шкалы	да	нет
1. Вы когда-нибудь забывали принять препарат?	0	1
2. Не относитесь ли вы иногда невнимательно к часам приема препарата?	0	1
3. Когда вы чувствуете себя лучше, бывало ли так, что вы прекращали принимать препарат?	0	1
4. Когда вы чувствуете себя хуже после приёма препарата, бывало ли так, что вы прекращали принимать препарат?	0	1

Оценка и интерпретация результатов: 4 балла – высокая комплаентность (высоко приверженные); 2–3 балла – средняя комплаентность (средне приверженные); 0–1 балл – низкая комплаентность (группа риска по неприверженности).

Отечественный опросник приверженности терапии

Тест разработан для оценки приверженности лекарственной терапии у больных артериальной гипертонией. Первоначально включал 5 вопросов, но в последствии на основании результатов клинических испытаний был сокращен авторами до 4 вопросов [9]. Согласно данным авторов, опросник показал статистически значимую корреляцию данных с показателями приверженности по тесту Мориски-Грина, а также по

показателю приверженности, рассчитанному на основе количества принятых пациентом таблеток из выданных врачом блистеров. Не найдено подтверждений об эффективности теста при других заболеваниях, помимо артериальной гипертонии.

Выберите наиболее близкий вам вариант для каждого утверждения				
Утверждения	варианты			
1. Иногда я могу сделать перерыв в приеме лекарств, назначенных мне для ежедневного употребления, на	один день	два дня	три дня	принимаю каждый день
2. Я принимаю лекарства	постоянно	при плохом самочувствии	пропиваю курсами	в крайнем случае
3. Я меняю прописанную дозировку/кратность приема лекарства	начинаю принимать, как назначено, потом меняю под себя	сокращаю дозу, когда становится лучше	меняю (увеличиваю / уменьшаю) дозировку по самочувствию	принимаю прописанную дозировку, независимо от самочувствия
4. Я прекращаю прием лекарства, когда	чувствую, что выздоровел(а)	уходят боли, дискомфорт	лекарство отменит врач	оно мне не помогает

Оценка и интерпретация результатов: В каждом утверждении пациент может выбрать только один вариант ответа. Вариант ответа, соответствующий очень высокой степени приверженности, оценивается в 3 балла; вариант, отнесенный к высокой степени приверженности, – 2 балла; средней степени приверженности – 1 балл и вариант, отнесенный к низкой степени приверженности, – 0 баллов. Опросник предполагает интегральный показатель – это сумма баллов по всем пунктам. Пациент может набрать максимум 12 баллов, минимум – 0 баллов.

Шкала комплайенса Morisky (8-item Morisky Medication Adherence Scale; MMAS-8)

Заявленная цель шкалы – выявить барьеры и поведение, связанные с приёмом препаратов при постоянной лекарственной терапии. Предоставляет информацию о поведении, связанном с приёмом лекарств, которое может быть непреднамеренным (например, забывчивость) или преднамеренным (например, отказ от приёма лекарств из-за побочных эффектов). Шкала состоит из 8 вопросов. Первые 7 вопросов имеют бинарный ответ (да/нет), который указывает на приверженность или неприверженность лечению. Для 8-го вопроса пациент может выбрать ответ по 5-балльной шкале Лайкерта, выражая, как часто происходит, что пациент не принимает лекарства [10-16]. Некоторые статистические характеристики опросника не подтверждаются в независимых исследованиях. В ряде зарубежных и российских исследованиях качество результатов, получаемых при использовании теста, подвергается критике (см. также: т.1, раздел 2, глава 4 настоящего Руководства)]. Также научным сообществом критикуется коммерческий характер использования опросника.

Выберите наиболее близкий вам ответ на каждый вопрос		
Вопросы	**Варианты ответов**	
1 Вы иногда забываете принимать лекарства?	да	нет
2. Люди иногда пропускают приём лекарств не только из-за забывчивости. Вспомните последние две недели, были ли дни, когда вы не принимали лекарства?	да	нет
3. Вы когда-нибудь сокращали или прекращали прием лекарств, не посоветовавшись с врачом, потому что во время приема вы чувствовали себя хуже?	да	нет
4. Когда вы путешествуете или уходите из дома, вы иногда забываете взять с собой лекарства?	да	нет
5. Вы принимали лекарства вчера?	да	нет
6. Когда вы чувствуете, что состояние вашего здоровья находится под контролем, прекращаете ли вы иногда принимать лекарства?	да	нет
7. Ежедневный приём лекарств для некоторых людей — настоящее неудобство. Вы когда-нибудь испытывали беспокойство из-за необходимости придерживаться плана лечения?	да	нет
8. Как часто у вас возникают трудности с принятием всех лекарств?	никогда / редко (4)	
	время от времени (3)	
	иногда (2)	
	обычно (1)	
	все время (0)	

Оценка и интерпретация результатов: 8 баллов — высокая комплаентность (высоко приверженные); 6–7 баллов — средняя комплаентность (средне приверженные); 0–5 баллов — низкая комплаентность (группа риска по неприверженности).

Шкала репортирования приверженности к приему лекарств (Medication Adherence Report Scale; MARS-5, MARS-10)

Шкала для оценки приверженности лекарственной терапии имеет две версии. MARS-10 – версия из 10 вопросов, оценивающая преднамеренную и непреднамеренную неприверженность к приёму лекарств. MARS-5 – сокращённая версия из 5 вопросов. Шкала MARS-10 предназначена для лиц 18 лет и старше, в том числе с психическими расстройствами или расстройствами поведения. Шкала MARS-5 используется для оценки приверженности в разных клинических ситуациях, включая терапию статинами, ревматоидный артрит, астму, психоз [17-19].

Шкала MARS-5. Выберите наиболее близкое вам утверждение к каждому предположению					
предположения	баллы / варианты утверждений				
	5	4	3	2	1
1 Я забываю принимать лекарство	никогда	редко	иногда	часто	всегда
2 Я изменяю дозу лекарства	никогда	редко	иногда	часто	всегда
3. Я перестаю принимать лекарство на некоторое время	никогда	редко	иногда	часто	всегда
4. Я решаю пропустить дозу	никогда	редко	иногда	часто	всегда
5. Я принимаю меньшую дозу, чем рекомендовано	никогда	редко	иногда	часто	всегда

Оценка и интерпретация результатов: каждый вопрос оценивается по 5-балльной шкале Лайкерта с вариантами ответов от 1 (никогда) до 5 (всегда). Пациентам предлагают оценить, как часто они проявляют каждое из перечисленных действий. Для этого они оценивают частоту каждого из пяти видов поведения при приёме лекарств: 5 — никогда, 4 — редко, 3 — иногда, 2 — часто, 1 — очень часто. Общий балл шкалы варьируется от 5 (минимальная приверженность) до 25 (максимальная приверженность).

Шкала MARS-10. Выберите наиболее близкий вам вариант ответа на каждый вопрос		
вопросы	баллы / варианты ответов	
	1	0
1. Забываете ли вы принимать лекарства?	нет	да
2. Иногда вы небрежны в приёме лекарств?	нет	да
3. Когда вам становится лучше, вы иногда перестаёте принимать лекарства?	нет	да
4. Иногда, если вам становится хуже при приёме лекарств, вы перестаёте их принимать?	нет	да
5. Принимаете ли вы лекарства только во время болезни?	нет	да
6. Для вас неестественно, что мысли и тело контролируются лекарствами?	нет	да
7. На фоне приёма лекарств ваши мысли становятся яснее?	нет	да
8. Принимая лекарства, можно предотвратить болезнь?	нет	да
9. На фоне приёма лекарств вы чувствуете себя странно, как будто «зомби»?	нет	да
10. Лекарства вызывают у вас чувство усталости и сонливости?	нет	да

Оценка и интерпретация результатов: пациентам предлагают оценить, проявляют ли они каждое из перечисленных действий. Ответы на вопросы оцениваются по шкале «да» или «нет». Затем суммируются баллы по всем вопросам, и получается итоговый показатель. Диапазон возможных баллов — от 0 (плохая приверженность лечению) до 10 (хорошая приверженность лечению). Более высокий итоговый балл указывает на лучшую приверженность. Однако при интерпретации результатов нужно учитывать, что ответ «да» не всегда означает положительное отношение или поведение.

Краткий лекарственный опросник / Brief Medication Questionnaire (BMQ 1)[37]

Предназначен для оценки приверженности приёму лекарственных препаратов, а также для выявления потенциальных и фактических причин неприверженности. Изначально был разработан и апробирован у пациентов с артериальной гипертонией, затем валидирован для больных сахарным диабетом 2 типа, депрессией и другими хроническими заболеваниями [20-22]. Опросник включает 11 вопросов, в том числе 5 – о соблюдении режима приёма препаратов (для диагностики повторяющихся или спорадических эпизодов неприверженности, включая как пропуски, так и «лишние» приёмы), 2 – о мнении респондентов об эффективности лекарственных препаратов и неудобствах, связанных с их приёмом, 2 – о проблемах необходимости помнить о регулярном приёме препаратов и 2 дополнительных вопроса о степени сложности получать рецепты и покупать лекарственные препараты. В настоящем руководстве приведена авторская запатентованная редакция опросника.

1). Привезли ли вы с собой сегодня свои лекарства?	
Нет	Да

2). Сколько лекарств вы принимаете в настоящее время от высокого кровяного давления?	
Укажите цифрой количество лекарств	

3). Какие лекарства вы принимаете в настоящее время от высокого кровяного давления?	
Назовите лекарства или дайте их описание	Оставьте поле не заполненным
Препарат А	
Препарат Б	
Препарат В	
Препарат Г	

[37] © 2006-2022, Б.Л. Сварстад, доктор философии (система Висконсинского университета) все права сохранены. Опросник может быть использован в некоммерческих целях при надлежащем подтверждении.

4). Прекратили ли вы принимать какие-либо лекарства от артериального давления в течение последних шести месяцев?	
1. Да	2. Нет (переходите к следующей странице)

5. Какие лекарства от артериального давления были отменены? По какой причине они были отменены?	
Назовите отмененное лекарство	Укажите причину отмены

В следующих пунктах ответьте на вопросы о том, как вы принимали определенные лекарства на ПРОШЛОЙ НЕДЕЛЕ. При ответе на каждый вопрос, пожалуйста, обведите кружком цифру, которая наилучшим образом описывает ваш опыт. Ответьте на вопросы по каждому из перечисленных препаратов. При необходимости используйте дополнительные страницы.

Препарат А: _____ [38]

5). Как часто ваш врач рекомендует вам принимать этот препарат?	
При ответе на каждый вопрос, пожалуйста, обведите кружком цифру, которая наилучшим образом описывает ваш опыт	1 Постоянно (ежедневно)
	2 По мере необходимости
	3 Не знаю

6). Как этот препарат вам помогает?	
Обведите всё, что применимо	1 Устраняет отеки
	2 Понижает давление
	3 Предотвращает инсульт
	4 Предотвращает проблемы с сердцем
	5 Облегчает головную боль
	6 Другое

[38] Если пациент употребляет более одного препарата, нижеследующие таблицы 5-10 заполняются раздельно для каждого препарата (препарат А, препарат Б, препарат В, и т.д.).

7) За последнюю неделю:	
а. Принимали ли вы этот препарат	1 Да 2 Нет
б. Сколько дней вы принимали этот препарат?	Я принимал(а) его: 0 1 2 3 4 5 6 7 дней
в. Сколько раз в день вы обычно его принимали?	Я принимал(а) его: 0, 1, 2, 3 раза в день
г. Сколько таблеток вы обычно принимали каждый раз?	Я принимал(а): 0 таблеток, 1 таблетку, 2 таблетки, 3 таблетки каждый раз
д. Сколько раз вы пропускали прием?	Я пропустил(а) прием: 0 1 2 3 4 5 6 7 раз

8). Насколько хорошо действует на вас этот препарат?	
При ответе на каждый вопрос, пожалуйста, обведите кружком цифру, которая наилучшим образом описывает ваш опыт	1 Совсем плохо
	2 Умеренно хорошо
	3 Очень хорошо
	4 Не знаю

9). Сильно ли вас беспокоит прием этого препарата?	
При ответе на каждый вопрос, пожалуйста, обведите кружком цифру, которая наилучшим образом описывает ваш опыт	1 Совсем не беспокоит
	2 Беспокоит немного
	3 Беспокоит сильно
	4 Не знаю

10). С какими трудностями вы сталкиваетесь при приеме препарата?

Трудности	0 нет	1 мало	3 много
а. Трудно запомнить все дозы	0	1	2
б. Трудно оплатить этот препарат	0	1	2
в. Трудно вовремя пополнить дозу	0	1	2
г. У меня все еще возникают побочные эффекты от этого препарата	0	1	2
д. Беспокоят возможные долгосрочные эффекты этого препарата	0	1	2
е. Этот препарат вызывает другие опасения или проблемы	0	1	2

Оценка и интерпретация результатов: результаты опросника различаются в зависимости от типа неприверженности. Для повторяющейся неприверженности чувствительность вопросов о режиме приёма препаратов и мнении больных составляет 80–100%. Для спорадической неприверженности этот показатель равен 90%.

Опросник восполнения лекарств и приверженности к ним / Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS)

Изначально тест был разработан и апробирован для оценки приверженности лекарственной терапии пациентов с ИБС. Позволяет установить основные барьеры приверженности. Был валидирован для пациентов с разным уровнем грамотности и считается одним из самых надёжных инструментов для диагностики приверженности в США. В окончательной версии включает 12 вопросов, разделённых на два блока: соблюдение режима восполнения лекарственных препаратов (8 вопросов) и регулярность приёма лекарств согласно врачебным рекомендациям (4 вопроса) [23].

Выберите наиболее близкий вам вариант ответа на каждый вопрос				
вопросы	баллы / варианты ответов			
	4	3	2	1
1. Как часто вы забываете принимать лекарства?	никогда	иногда	часто	всегда
2. Как часто вы решаете не принимать лекарства?	никогда	иногда	часто	всегда
3. Как часто вы забываете заполнять рецепты?	никогда	иногда	часто	всегда
4. Как часто у вас заканчивается лекарство?	никогда	иногда	часто	всегда
5. Как часто вы пропускаете дозу лекарства перед посещением врача?	никогда	иногда	часто	всегда
6. Как часто вы пропускаете приём лекарств, когда чувствуете себя лучше?	никогда	иногда	часто	всегда
7. Как часто вы пропускаете приём лекарств, когда чувствуете себя больным?	никогда	иногда	часто	всегда
8. Как часто вы пропускаете приём лекарств, когда небрежны?	никогда	иногда	часто	всегда
9. Как часто вы изменяете дозу лекарств в соответствии с вашими потребностями (например, принимаете больше или меньше таблеток, чем положено)?	никогда	иногда	часто	всегда
10. Как часто вы забываете принимать лекарства, когда их нужно принимать чаще одного раза в день?	никогда	иногда	часто	всегда
11. Как часто вы откладываете пополнение лекарств, потому что они стоят слишком дорого?	никогда	иногда	часто	всегда
12. Как часто вы планируете заранее и пополняете лекарства, прежде чем они закончатся?	никогда	иногда	часто	всегда

Оценка и интерпретация результатов: каждый вопрос оценивается по четырехбалльной шкале: 1 (никогда), 2 (иногда), 3 (часто), 4 (всегда). Результат вычисляют, суммируя баллы. Общий балл по шкале варьируется от 12 до 48, более высокий балл указывает на плохое соблюдение рекомендаций по приёму лекарств.

Опросник оценки приверженности медикаментозному лечению (12-item medication adherence scale; MAS-12), российская адаптированная версия ПМЛ-10

Опросник MAS-12 был создан в Японии для оценки приверженности лечению при сердечно-сосудистых заболеваниях и сахарном диабете [24]. Шкала MAS-12 включает 4 субшкалы из трех вопросов каждая: соблюдение режима приема лекарственных препаратов; сотрудничество с медицинскими работниками; готовность получать и использовать информацию о лекарствах; согласие принимать лекарства в соответствии с режимом и корректировать образ жизни.

Выберите наиболее близкое вам утверждение к каждому предположению					
предположение	баллы / варианты утверждений				
	1	2	3	4	5
1. В течение последних трех недель я принимал(а) назначенную суточную дозу лекарства	никогда	редко	иногда	часто	всегда
2. За последние три недели я следовал(а) инструкциям касательного того, когда и как часто принимать мои лекарства	никогда	редко	иногда	часто	всегда
3. Я прекратил(а) прием лекарств по своему усмотрению (не считая тех раз, когда я забывал принять лекарство)	никогда (5)	редко (4)	иногда (3)	часто (2)	всегда (1)
4. Я чувствую себя комфортно, спрашивая моего лечащего врача о моих лекарствах	никогда	редко	иногда	часто	всегда
5. Мой лечащий врач относится с пониманием, когда я говорю ему о своих предпочтениях в приеме лекарств	никогда	редко	иногда	часто	всегда
6. Мой врач понимает, когда я объясняю ему мою прошлую терапию, включая предыдущие аллергические реакции	никогда	редко	иногда	часто	всегда
7. Я понимаю как основные, так и побочные эффекты моих лекарств	никогда	редко	иногда	часто	всегда
8. Я сообщаю о побочных эффектах, аллергических реакциях или необычных симптомах, вызванных приемом лекарств.	никогда	редко	иногда	часто	всегда
9. Я согласен, что для лечения моего заболевания необходимо принимать лекарства в соответствии с назначением	никогда	редко	иногда	часто	всегда
10. Прием лекарств – это часть моей повседневной жизни, как еда или чистка зубов	никогда	редко	иногда	часто	всегда

Каждая из шкал позволяет оценить соответствующий аспект приверженности лечению, а общий балл по 4 шкалам отражает уровень приверженности в целом. При проведении валидизации модифицированной версии опросника MAS-10 в России были включены пациенты с различными хроническими заболеваниями. Для российской популяции исключены как не информативные два вопроса (9 и 12), и итоговая шкала (ПМЛ-10) включает 10 вопросов [25].

Оценка и интерпретация результатов: каждый вопрос оценивается по 5-балльной шкале Лайкерта с вариантами ответов от 1 (никогда) до 5 (всегда). Баллы по пунктам каждой подшкалы суммируют для получения балла подшкалы, а общий балл приверженности лечению рассчитывают путем сложения всех 10 пунктов. По вопросу 3 баллы рассчитывают обратно. Более высокие баллы указывают на более высокую степень приверженности лечению.

Шкала оценки приверженности больных гипертонией (Scale of assessment of adherence of patients with hypertension Hill-Bone; HB-9, HB-14)

Шкала была разработана для африканского континента Школой сестринского дела Университета Джона Хопкинса и обладает высокой валидностью при оценке приверженности у темнокожих пациентов с гипертонией. Используется для оценки уровня приверженности, а также для учёта аспектов, связанных с уменьшением потребления соли и соблюдением назначений [26-28]. Шкала состоит из 14 вопросов (есть вариант из 9 вопросов) и предназначена для лиц 18 лет и старше. Шкала включает три субшкалы: приём антигипертензивных препаратов (9 вопросов), уменьшение количества потребляемой соли (3 вопроса) и посещение лечащего врача (2 вопроса).

Выберите наиболее близкий вам вариант ответа на каждый вопрос				
вопросы	баллы / варианты ответов			
	1	2	3	4
1. Как часто вы забываете принимать лекарства от повышенного давления?	никогда	иногда	часто	всегда
2. Как часто вы решаете не принимать лекарства от повышенного давления?	никогда	иногда	часто	всегда
3. Как часто вы едите соленую пищу?	никогда	иногда	часто	всегда
4. Как часто вы добавляете соль в пищу, перед тем как её съесть?	никогда	иногда	часто	всегда
5. Как часто едите фаст-фуд?	никогда	иногда	часто	всегда
6. Как часто вы записываетесь на следующий прием до того, как покинуть кабинет врача?	никогда	иногда	часто	всегда
7. Как часто вы пропускаете запланированные встречи?	никогда	иногда	часто	всегда
8. Как часто вы забываете получить выписанные вам лекарства?	никогда	иногда	часто	всегда

9. Как часто у вас заканчиваются таблетки от повышенного давления?	никогда	иногда	часто	всегда
10. Как часто вы пропускаете прием лекарств от повышенного давления перед визитом к врачу?	никогда	иногда	часто	всегда
11. Как часто вы пропускаете прием лекарств от повышенного давления, когда чувствуете себя лучше?	никогда	иногда	часто	всегда
12. Как часто вы пропускаете прием лекарств от повышенного давления, потому что вам плохо?	никогда	иногда	часто	всегда
13. Как часто вы принимаете чужие лекарства от повышенного давления?	никогда	иногда	часто	всегда
14. Как часто вы пропускаете прием лекарств от повышенного давления, из-за невнимательности?	никогда	иногда	часто	всегда

Оценка и интерпретация результатов: каждый вопрос оценивают по 4-балльной шкале Лайкерта с вариантами ответов от 1 (никогда) до 4 (всегда). Ответы на вопросы в баллах: 4 – всегда, 3 – часто (большую часть времени), 2 – иногда (время от времени), 1 – никогда. Общее количество баллов — от 14 (минимум) до 56 (максимум). Авторы шкалы не рекомендуют конкретные контрольные точки (низкое, умеренное, высокое несоответствие лечению).

Шкала самоэффективности в применении лекарств (The Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale; SEAMS-13, SEAMS-21)

Опросник предназначен для выявления барьеров приверженности лечению, особенно связанных с самим пациентом (самоэффективность). Существует две версии SEAMS: полная, состоящая из 21 вопроса, и в последующем редуцированная авторами, включающая 13 вопросов [29]. В настоящее время для оценки приверженности рекомендована анкета SEAMS-13. Итоговый балл опросника характеризует степень уверенности пациента в том, что в случае возникновения определённых ситуаций (например, развитие побочных эффектов, необходимость принимать лекарства несколько раз в день, высокая занятость на работе и др.) его приверженность не станет хуже.

Выберите наиболее близкий вам вариант утверждения на каждое предположение			
Насколько вы уверены в том, что сможете правильно принимать свои лекарства:	баллы / варианты утверждений		
	1	2	3
1. Когда вы принимаете несколько разных лекарств каждый день	не уверен	несколько не уверен	очень уверен
2. Когда вы принимаете лекарства чаще одного раза в день	не уверен	несколько не уверен	очень уверен
3. Когда вы находитесь вдали от дома	не уверен	несколько не уверен	очень уверен
4. Когда у вас запланирован насыщенный день	не уверен	несколько не уверен	очень уверен

5. Когда они вызывают некоторые побочные эффекты	не уверен	несколько не уверен	очень уверен
6. Когда никто не напоминает вам принять лекарство	не уверен	несколько не уверен	очень уверен
7. Когда график приема лекарств неудобен	не уверен	несколько не уверен	очень уверен
8. Когда привычный распорядок дня нарушается	не уверен	несколько не уверен	очень уверен
9. Когда вы не уверены, как принимать лекарство	не уверен	несколько не уверен	очень уверен
10. Когда вы не уверены, в какое время суток принимать лекарство	не уверен	несколько не уверен	очень уверен
11. Когда вы чувствуете себя больным (например, простудой или гриппом)	не уверен	несколько не уверен	очень уверен
12. Когда вы получаете новую порцию старых лекарств и некоторые таблетки выглядят иначе, чем обычно	не уверен	несколько не уверен	очень уверен
13. Когда врач меняет ваши лекарства	не уверен	несколько не уверен	очень уверен

Оценка и интерпретация результатов: каждый вопрос оценивают по 3-балльной шкале Лайкерта с вариантами ответов: «очень уверен» (3 балла), «несколько уверен» (2 балла), «не уверен» (1 балл). Диапазон баллов – от 13 до 39. Большее значение свидетельствует о лучшей устойчивости респондента к барьерам. Высокий балл – пациент уверен в приёме лекарств; низкий балл – респондент не уверен в приёме лекарств.

Шкала медикаментозного комплайенса

Шкала оценки медикаментозного комплайенса разработана для оценки лекарственной приверженности в психиатрии. Шкала заполняется не больным, а его лечащим врачом на основании достаточной полноты имеющейся информации о нем. Оценка комплайенса опирается на основные группы факторов, влияющих на соблюдение режима лекарственной терапии: отношение к медикации, взаимоотношения с лечащим врачом и близким окружением [30-33].

1. Отношение к медикации

(1) 1.1. Поведение при проведении медикаментозного лечения	
Оцениваемые параметры	баллы
Самостоятельно принимает лекарства	2
Принимает лекарства под контролем медицинского персонала / родственников	1
Уклоняется от приема лекарств (избегает, отказывается)	0

(2) 1.2. Заинтересованность в приеме лекарств

Оцениваемые параметры	баллы
Активно относится к приему препарата, понимает необходимость приема, проявляет интерес к результатам терапии	3
Выражает согласие на прием препарата, однако сомневается в его эффекте	2
Пассивно согласен на прием препарата при отсутствии надежды на эффект	1
Не желает принимать лекарства	0

(3) 1.3. Опасения психотропного действия или проявления нежелательных эффектов

Оцениваемые параметры	баллы
Нет опасений в отношении медикации	5
Считает, что препараты в дальнейшем могут вызвать неприятные (включая психотропные) нежелательные эффекты	4
Считает, что любые препараты, как «химические» (то есть чужеродные) вещества, могут оказаться вредными для организма	3
Считает, что психотропные вещества в дальнейшем могут произвестипсихологический эффект «зомбирования» / «разрушения» личности	2
Негативно относится к принимаемому препарату, так как на себе испытал его субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта	1
Негативно относится к любым лекарствам, так как на себе испытал их субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта нескольких (3 и более)препаратов	0

(4) 1.4. Психологически обусловленное саботирование медикации

Оцениваемые параметры	баллы
Не саботирует	5
Отмечает не выраженность субъективного страдания от болезни	4
Не доволен врачом (проявляет недоверие, недовольство контактом)	3
Страх стигматизации (прием лекарств воспринимается как подтверждение наличияпсихического заболевания для себя или окружающих)	2
Есть особенности внутренней картины болезни	1
Наличие вторичной выгоды от болезни (обеспечение заботы родных, освобождениеот ответственности и нагрузок, материальные выгоды)	0

(5) 1.5. Анамнез нарушений комплайенса	
Оцениваемые параметры	баллы
Нет нарушений	4
Снижает дозировки лекарств	3
Не регулярно принимает лекарства	2
Самостоятельно прекращает прием лекарств	1
Самостоятельно принимает не рекомендованные врачом лекарства	0

(6) 1.6. Отношение к ранее принимавшимся препаратам	
Оцениваемые параметры	баллы
Положительное	2
Нейтральное / ранее не принимал	1
Отрицательное	0

(7) 1.7. Оценка пациентом эффекта принимаемого препарата при монотерапии	
Оцениваемые параметры	баллы
Высокая	2
Средняя	1
Низкая	0

(8) 1.8. Оценка пациентом эффекта принимаемой комбинации препаратов	
Оцениваемые параметры	баллы
Высокая	2
Средняя	1
Низкая	0

(9) 1.9. Оценка пациентом парентерального способа введения препарата	
Оцениваемые параметры	баллы
Удовлетворен	+1
Нейтрально / парентеральный способ не используется	0
Не удовлетворен	-1

(10) 1.10. Оценка пациентом перорального приема препарата	
Оцениваемые параметры	баллы
Удовлетворен	+1
Нейтрально / пероральный прием не используется	0
Не удовлетворен	-1

(11) 1.11. Удовлетворенность пациента режимом приема препаратов	
Оцениваемые параметры	баллы
Удовлетворен	2
Нейтрально	1
Не удовлетворен	0

(12) 1.12. Доступность препарата	
Оцениваемые параметры	баллы
Доступен	1
Недоступен по финансовым или иным причинам	0

(13) 1.13. Информированность о времени ожидаемого начала эффекта от приема препарата	
Оцениваемые параметры	баллы
Информирован	1
Не информирован	0

2. Факторы, связанные с пациентом

(14) 2.1. Осознание болезни	
Оцениваемые параметры	баллы
Инсайт на психологические механизмы болезни	3
Наличие критики к симптомам	2
Частичная критика	1
Отсутствие критики	0

(15) 2.2. Уровень продуктивной психопатологической симптоматики (по шкале BPRS)	
Оцениваемые параметры	баллы
Низкий	2
Средний	1
Высокий	0

(16) 2.3. Уровень негативной симптоматики (по шкале SANS)	
Оцениваемые параметры	баллы
Низкий	2
Средний	1
Высокий	0

(17) 2.4. Частота рецидивирования	
Оцениваемые параметры	баллы
Низкая	2
Средняя	1
Высокая	0

(18) 2.5. Тенденция к саморазрушающему поведению (включая суицидальную)	
Оцениваемые параметры	баллы
Низкая	2
Средняя	1
Высокая	0

(19) 2.6. Коморбидность со злоупотреблением психоактивными веществами и/или расстройствами личности	
Оцениваемые параметры	баллы
Нет	1
Есть	0

(20) 2.7. Глобальный уровень социального функционирования, адаптации пациента (по шкале GAF)	
Оцениваемые параметры	баллы
Высокий	2
Средний	1
Низкий	0

(21) 2.8. Когнитивные нарушения	
Оцениваемые параметры	баллы
Нет	1
Есть	0

3. Факторы, связанные с близким окружением

(22) 3.1. Уровень социальной поддержки (включая материальное содействие в приобретении лекарственных средств)	
Оцениваемые параметры	баллы
Высокий	2
Средний	1
Низкий	0

(23) 3.2. Отношение близкого окружения пациента к медикации	
Оцениваемые параметры	баллы
Адекватное	3
Отрицательное отношение друзей	2
Отрицательное отношение лечащего психотерапевта / парапрактика	1
Отрицательное / неадекватное отношение членов семьи	0

4. Факторы, связанные с лечащим врачом

(24) 4.1. Терапевтический альянс	
Оцениваемые параметры	баллы
Высокий	2
Средний	1
Низкий	0

(25) 4.2. Адекватность врачебного наблюдения вне обострения	
Оцениваемые параметры	баллы
Высокая	2
Средняя	1
Низкая	0

Интерпретация результатов: Шкалу заполняет лечащий врач. При заполнении могут использоваться бланки произвольной формы. Пункты шкалы градуированы, градуировки снабжены содержательными характеристиками различий. Уровень продуктивной и негативной психопатологической симптоматики оценивают с помощью шкал BPRS и SANS. Для BPRS легкая степень тяжесть заболевания кодируется при общем балле до 40, средняя — 40–60, значительная — свыше 60. Для SANS низкий уровень нарушений кодируется при общем балле менее 30, средний уровень — 30–60, высокий — свыше 60. Низкая частота рецидивирования определяется при наличии по данным анамнеза не более одного рецидива в год, средняя — при 2–3, высокая — свыше 3 рецидивов в год. Общий уровень функционирования на производстве, в учебе и семье оценивают при помощи шкалы оценки глобального функционирования (GAF). Низкий уровень нарушений кодируют при общем показателе свыше 60 баллов, средний — 40–60 баллов, высокий — менее 40 баллов. Высокому уровню материальной поддержки окружающих в приобретении лекарств соответствует возможность приобретения любого набора требуемых дорогостоящих препаратов, среднему – некоторых из них, низкому — лишь недорогих общедоступных лекарственных средств. Количественные значения градаций выстроены таким образом, что нарастанию величины балла соответствует повышение уровня комплайенса. Нижний уровень градаций везде равен нулю за исключением п.п. 1.10 и 1.11, относящихся к пути введения препарата, где существенным является учет того, используется ли данный модус поступления лекарства на момент заполнения шкалы. При этом 0 означает как индифферентное отношение больного к данному пути введения,так и то, что он не используется. Приемлемость для больного данного способа повышает, а неприемлемость понижает общий шкальный балл на одну единицу. Общий балл рассчитывают простым сложением величин градаций отдельных пунктов.

Приложения к Шкале медикаментозного комплайенса

Приложение к пункту 15.

Краткая психиатрическая оценочная шкала (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)

Клиническая психиатрическая шкала для оценки степени выраженности продуктивной психопатологической симптоматики. Разработана Overall и Gorham в 1962 г. Шкала состоит из 18 пунктов, оценивающих тот или иной тип продуктивной симптоматики. BPRS используется для оценки позитивной, негативной и аффективной симптоматики у людей с психотическими расстройствами, особенно для диагностики состояния у лиц с диагнозом шизофрении. Также шкала применяется для подтверждения эффективности лечения у пациентов с тяжестью состояния от умеренной до тяжёлой степени.

Краткая психиатрическая оценочная шкала	
Критерий	характеристика
1. Обращенность к своему соматическому состоянию	Степень обращенности к имеющемуся состоянию физического здоровья. Оценивайте, в какой степени физическое здоровье рассматривается пациентом в качестве проблемы, вне зависимости от того, имеются ли основания для жалоб, или нет
2. Тревога	Чрезмерная озабоченность, опасения, тревога относительно настоящего и будущего. Оценивайте лишь высказывания больного о его субъективных переживаниях. Не следует делать выводы о наличии страха по соматическим симптомам или невротическим защитным механизмам
3. Эмоциональный уход в себя	Недостаток эмоционального контакта с собеседником и недостаточный учет ситуации осмотра. Оценивайте лишь то, насколько больному не удается установить эмоциональный контакт с другими лицами в ситуации общения
4. Распад мыслительных процессов	Степень, до которой мыслительный процесс оказывается спутанным, инкогерентным или разорванным. Оценивайте лишь интеграцию вербальных выражений, а не субъективное впечатление, имеющееся у больного о своих мыслительных возможностях
5. Чувство вины	Чрезмерная озабоченность или угрызения совести относительно прежнего поведения. Оценивайте субъективное переживание вины на основе высказываний больного и их аффективного сопровождения. Не следует делать вывод о наличии чувства вины лишь потому, что обнаруживаются депрессия, тревога или невротическая защита
6. Напряженность	Признаки напряженности, «нервозности» и повышенной двигательной активности в моторике. Описывайте лишь двигательные признаки напряженности, а не субъективные переживания больного
7. Манерность, вычурность поведения	Бросающиеся в глаза особенности психомоторики, необычный рисунок двигательного поведения, выделяющий определенных психически больных из группы «нормальных». Оценивайте лишь качественные отклонения картины моторики, а не просто повышенную двигательную активность
8. Идея величия	Повышенная самооценка, убежденность в собственной необыкновенной силе и способностях. Оценивайте лишь высказывания больных о себе или в сравнении с другими, но не поведение в ситуации беседы
9. Депрессивное настроение	Подавленность, печаль. Оценивайте лишь степень подавленности. Не делайте выводов на основании таких сопутствующих депрессивных проявлений, как общая заторможенность и соматические симптомы
10. Враждебность	Недоброжелательность, уничижительное, презрительное отношение, враждебность к лицам вне ситуации осмотра. Оценивайте лишь высказывания больного о своих чувствах и действиях по отношению к другим. Не следует делать выводы о враждебности на основании наличия невротической защиты, тревоги или соматических симптомов. Поведение относительно проводящего осмотр оценивается в п. 14 (снижение установки на сотрудничество с врачом)

11. Подозрительность, параноидные содержания	Убежденность (бредовая или иная) в том, что окружающие имеют или имели желание причинить вред больному или отрицательно оценивали его. Оценивайте лишь те подозрения, которые основываются на устойчивых соответствующих высказываниях, вне зависимости от того, касаются ли они недавних или более ранних ситуаций
12. Галлюцинации	Восприятия, не основанные на соответствующих нормальных внешних раздражителях. Оценивайте лишь такие переживания, которые, по высказываниям больного, появились в течение последних недель и которые — так, как они описывались — демонстрируют отчетливые отличия от нормального мышления и представлений
13. Двигательная заторможенность	Снижение энергетического уровня, видимое по замедлению движений. Оценивайте лишь наблюдаемое поведение больного, а не его субъективное впечатление о своей бодрости
14. Снижение установки на сотрудничество с врачом	Очевидное сопротивление, недовольство, предубежденность и недостаточная готовность сотрудничать с проводящим осмотр. Оценивайте лишь установку больного и его реакции на проводящего осмотр и на ситуацию осмотра. Не оценивайте высказывания, свидетельствующие об отсутствии установки на сотрудничество вне ситуации осмотра
15. Вычурность мышления	Необычные, странные, причудливые или вычурные содержания мышления. Оценивайте лишь степень необычности, а не степень распада процесса мышления (формальные нарушения мышления учитываются в п.4)
16. Аффективная уплощенность, притупление	Редуцированная эмоциональность, очевидный недостаток нормальных чувств и вовлеченности
17. Возбуждение	Повышенная эмоциональность, ажитированность, повышенная амплитуда реакций
18. Нарушения ориентировки	Спутанность или недостаточная способность к ориентировке в месте, времени или окружающих лицах

Оценка и интерпретация результатов: Каждый пункт оценивается специалистом — врачом-психиатром от 1 (расстройство не выражено) до 7 (выражено максимально). Баллы шкалы: 1 — отсутствует, 2 — весьма незначительно, 3 — незначительно, 4 — умеренно, 5 — умеренно выражено, 6 — выражено, 7 — крайняя степень выраженности. Общий балл по шкале подсчитывают как сумму всех пунктов шкалы. Увеличение балла соотносится с большей тяжестью симптоматики и состояния, уменьшение – с регрессом симптоматики и облегчением состояния.

Приложение к пункту 16.

Шкала оценки негативной симптоматики (Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS)

Клиническая рейтинговая шкала для оценки структуры и степени выраженности негативных психопатологических расстройств при шизофрении. Разработана Нэнси Андреасен и впервые опубликована в 1984 г. Основная область применения шкалы – клинические исследования эффективности психофармакотерапии. Шкала состоит из 25 пунктов, которые группируются в пять субшкал: уплощение и ригидность аффекта (1–8), нарушения

речи (9–13), апатоабулические расстройства (14–17), ангедония — асоциальность (18–22), внимание (23–25).

Шкала оценки негативной симптоматики	
Критерий	характеристика
1. Уплощение и ригидность аффекта	1. Обеднение мимики. 2. Снижение спонтанной подвижности. 3. Обеднение выразительности моторики. 4. Избегание контакта взглядом. 5. Уплощение аффекта. 6. Неадекватность аффекта (паратимии). 7. Монотонность, снижение выразительности речи. 8. Субъективное ощущение потери эмоций
2. Нарушения речи	1. Обеднение словарного запаса. 2. Обеднение тематики разговора. 3. Обрывы мыслей. 4. Ответы с задержкой. 5. Субъективная оценка нарушений речи
3. Апатоабулические расстройства	1. Уход за собой. 2. Снижение продуктивности в работе или учебе. 3. Снижение физического энергетического потенциала. 4. Субъективная оценка апато-абулических нарушений
4. Ангедония — асоциальность	1. Активность свободного времени. 2. Сексуальные интересы. 3. Способность чувствовать интимность и близость. 4. Отношения с родными и коллегами (аутизм). 5. Субъективное осознание ангедонии – асоциальности
5. Внимание	1. Невнимательность в контакте. 2. Невнимательность при психологическом тестировании. 3. Субъективное восприятие снижения концентрации внимания

Примечание: Ссылка на полный текст Шкалы SANS в сети «Интернет»: https://bstudy.net/771771/psihologiya/shkala_otsenki_negativnyh_simptomov_sans

Оценка и интерпретация результатов: Каждый из признаков оценивают по степени тяжести от 0 до 5. Кодировка: 0 — отсутствует, 1 — спорно, 2 — в легкой степени, 3 — умеренно, 4 — выраженно, 5 — тяжелые нарушения. Общий балл по подшкалам и шкале в целом определяют простым суммированием баллов по соответствующим пунктам. Нарастание (утяжеление) симптоматики отражается как повышение балла, редукция симптоматики — как снижение.

Приложение к пункту 20.

Шкала глобального функционирования (Global Assessment of Functioning, GAF)

Числовая шкала, которая используется специалистами в области психического здоровья для оценки социального, профессионального и психологического функционирования индивида, в частности для диагностики психических заболеваний, мониторинга прогресса и планирования лечения. Шкала была включена в Руководство по диагностике и статистике психических расстройств (DSM) версии 4 (DSM-IV), но заменена в DSM-5 Графиком оценки инвалидности Всемирной организации здравоохранения (WHODAS).

Шкала глобального функционирования	
Характеристика	баллы
Нет снижения, высокий уровень функционирования; работает с полным напряжением и выполняет все, что ожидается, поддерживает отличные отношения по работе, эффективно продвигается в своей карьере	100–80
Нет снижения, удовлетворительный уровень функционирования; работает на удовлетворительном уровне, хорошие отношения по работе, удовлетворительное продвижение в карьере	80-60
Незначительное снижение, легкие затруднения в функционировании; легкие затруднения в работе, учебе или домашнем хозяйстве, некоторые трудности в отношениях по работе, некоторые трудности в продвижении, есть прогулы на работе или в школе	60-40
Умеренное снижение, значительные затруднения в функционировании: Значительные трудности в работе, учебе или домашнем хозяйстве, значительные трудности в отношениях, отсутствие продвижения, частые прогулы или постоянные опоздания, или пренебрежение домашними обязанностями	40-20
Сильное снижение, практическая невозможность функционирования; практическая невозможность выполнять работу, учиться или заниматься домашним хозяйством, очень частые прогулы или полное пренебрежение домашним хозяйством	20-0

Оценка и интерпретация результатов: Баллы варьируются от 100 (чрезвычайно высокая работоспособность) до 1 (серьёзные нарушения). Каждый диапазон отражает определённый уровень функционирования: 91–100: превосходное функционирование без симптомов; 81–90: минимальные симптомы и сильное функционирование во всех сферах; 71–80: лёгкие симптомы, такие как случайный стресс, но в целом хорошее функционирование; 61–70: лёгкие или умеренные симптомы, которые могут вызывать некоторые сложности в социальной или профессиональной сферах; 51–60: умеренные симптомы или заметные трудности в функционировании; 41–50: серьёзные симптомы или значительные нарушения в социальной, профессиональной или школьной сферах; 31–40: серьёзные нарушения в нескольких областях, таких как работа, семейная жизнь или социальные взаимодействия; 21–30: серьёзные нарушения с неспособностью эффективно функционировать практически во всех сферах; 11–20: высокий риск вреда для себя или других, или значительное отсутствие базовой гигиены; 1–10: постоянная опасность для себя или других, или неспособность поддерживать минимальную личную гигиену. Для целей настоящего опросника баллы сгруппированы по 20 в 5 когорт.

Система опросников комплексной оценки приверженности (КОП-25)

Система опросников предназначена для оценки фактической и потенциальной приверженности лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, модификации образа жизни и интегральной приверженности лечению в различных группах респондентов. Система включает 5 парных анкет, маркированных от А до Д и предназначенных для разных категорий респондентов: пациентов (лиц 18 лет и старше (базовая пара анкет), беременных женщин, лиц 15–17 лет, лиц 12–14 лет), и для законных представителей пациентов [34-43].

КОП-25 – 1.1.1. Фактическая приверженность лечению дееспособных респондентов, достигших возраста 18 лет и старше, за исключением беременных женщин

Выберите наиболее близкий вам вариант ответа на каждый вопрос

вопросы	баллы / варианты ответов					
	1	2	3	4	5	6
1. Врач выявил у вас хроническую болезнь. Важно ли вам знать, какими признаками она проявляется?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
2. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
3. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
4. Врач назначил вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
5. Врач предложил вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас не ощущать эти проявления?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
7. Насколько важна для вас сексуальная жизнь?	совершенно не важно \ её нет	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
8. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычный образ жизни. Насколько сложно для вас такое изменение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
9. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычную диету. Насколько сложно для вас такое изменение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или утрате трудоспособности. Насколько важно для вас в таком случае получать социальную помощь от государства?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно

11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно для вас знать результаты анализов?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно для вас такое врачебное наблюдение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
14. Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько сложно для вас будет переносить такие ощущения?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
16. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
17. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
18. Врач назначил несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
19. Врач предложил каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
20. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут вызывать неприятные ощущения, в том числе и те, что вы у себя уже наблюдаете. Будете ли вы принимать такие лекарства?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
21. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности. Будете ли вы принимать такие лекарства?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
22. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду

23. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
24. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
25. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду

КОП-25 – 1.1.2. Потенциальная приверженность лечению дееспособных респондентов, достигших возраста 18 лет и старше, за исключением беременных женщин

Выберите наиболее близкий вам вариант ответа на каждый вопрос

вопросы	баллы / варианты ответов					
	1	2	3	4	5	6
1. Если врач выявит у вас хроническую болезнь, важно ли будет вам знать, какими признаками она проявляется?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
2. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
3. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
4. Если врач назначит вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
5. Если врач предложит вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас, если вы заболеете, не ощущать эти проявления?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно

7. Насколько важна для вас сексуальная жизнь?	совершенно не важно \ её нет	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
8. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычный образ жизни. Насколько сложно будет для вас такое изменение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
9. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычную диету. Насколько сложно будет для вас такое изменение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или утрате трудоспособности. Насколько важно для вас в таком случае получать социальную помощь от государства?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно будет для вас знать результаты анализов?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно будет для вас такое врачебное наблюдение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
14. Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько сложно будет для вас переносить такие ощущения?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
16. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
17. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
18. если врач назначит вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду

19. Если врач предложит вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
20. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут вызывать неприятные ощущения, будете ли вы принимать такие лекарства?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
21. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности, будете ли вы принимать такие лекарства?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
22. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
23. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
24. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
25. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду

КОП-25 – 1.2.1. Фактическая приверженность лечению дееспособных респондентов – беременных женщин

Выберите наиболее близкий вам вариант ответа на каждый вопрос

вопросы	баллы / варианты ответов					
	1	2	3	4	5	6
1. Врач выявил у вас хроническую болезнь. Важно ли вам знать, какими признаками она проявляется?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
2. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
3. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно

4. Врач назначил вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
5. Врач предложил вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас не ощущать эти проявления?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
7. Насколько важна для вас сексуальная жизнь?	совершенно не важно \ её нет	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
8. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычный образ жизни. Насколько сложно для вас такое изменение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
9. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычную диету. Насколько сложно для вас такое изменение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или утрате трудоспособности. Насколько важно для вас в таком случае получать социальную помощь от государства?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно для вас знать результаты анализов?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно для вас такое врачебное наблюдение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
14. Врач сообщил вам, что назначенные лекарства могут оказать влияние на плод, при этом не будут угрожать его жизни, а возможная польза для вас от лекарства больше, чем вероятный вред для плода. Насколько сложно для вас будет принимать такие лекарства?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно

15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
16. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
17. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
18. Врач назначил несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
19. Врач предложил каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
20. Врач сообщил вам, что назначенные лекарства могут вызывать незначительные отклонения в росте плода, или вызывать неприятные ощущения у вас. Будете ли вы принимать такие лекарства?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
21. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности. Будете ли вы принимать такие лекарства?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
22. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
23. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
24. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
25. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду

КОП-25 – 1 2.2. Потенциальная приверженность лечению дееспособных респондентов – беременных женщин

Выберите наиболее близкий вам вариант ответа на каждый вопрос

вопросы	баллы / варианты ответов					
	1	2	3	4	5	6
1. Если врач выявит у вас хроническую болезнь, важно ли будет вам знать, какими признаками она проявляется?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
2. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
3. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
4. Если врач назначит вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
5. Если врач предложит вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас, если вы заболеете, не ощущать эти проявления?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
7. Насколько важна для вас сексуальная жизнь?	совершенно не важно \ её нет	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
8. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычный образ жизни. Насколько сложно будет для вас такое изменение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
9. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычную диету. Насколько сложно будет для вас такое изменение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно

10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или утрате трудоспособности. Насколько важно для вас в таком случае получать социальную помощь от государства?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно будет для вас знать результаты анализов?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно будет для вас такое врачебное наблюдение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
14. если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут оказывать влияние на плод, при этом не будут угрожать его жизни, а возможная польза для вас от лекарства больше, чем вероятный вред для плода, насколько сложно будет для вас принимать эти лекарства?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
16. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
17. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
18. если врач назначит вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
19. Если врач предложит вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду

20. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут вызывать незначительные отклонения в росте плода, или вызывать неприятные ощущения у вас, будете ли вы принимать такие лекарства?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
21. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности, будете ли вы принимать такие лекарства?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
22. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
23. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
24. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
25. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду

КОП-25 – 1.3.1. Фактическая приверженность лечению дееспособных респондентов, достигших возраста 15 лет, но младше 18 лет

Выберите наиболее близкий вам вариант ответа на каждый вопрос

вопросы	баллы / варианты ответов					
	1	2	3	4	5	6
1. Врач выявил у вас хроническую болезнь. Важно ли вам знать, какими признаками она проявляется?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
2. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
3. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно

4. Врач назначил вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
5. Врач предложил вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас не ощущать эти проявления?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
7. Насколько важно для вас находиться в личных отношениях, включая эмоциональную или физическую близость?	совершенно не важно \ её нет	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
8. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычный образ жизни. Насколько сложно для вас такое изменение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
9. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычную диету. Насколько сложно для вас такое изменение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или утрате трудоспособности. Насколько важно для вас в таком случае получать социальную помощь от государства?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно для вас знать результаты анализов?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно для вас такое врачебное наблюдение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
14. Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько сложно для вас будет переносить такие ощущения?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно

16. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
17. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
18. Врач назначил несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
19. Врач предложил каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
20. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут вызывать неприятные ощущения, в том числе и те, что вы у себя уже наблюдаете. Будете ли вы принимать такие лекарства?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
21. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности. Будете ли вы принимать такие лекарства?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
22. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
23. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
24. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
25. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду

КОП-25 – 1.3.2. Потенциальная приверженность лечению дееспособных респондентов, достигших возраста 15 лет, но младше 18 лет

Выберите наиболее близкий вам вариант ответа на каждый вопрос

вопросы	баллы / варианты ответов					
	1	2	3	4	5	6
1. Если врач выявит у вас хроническую болезнь, важно ли будет вам знать, какими признаками она проявляется?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
2. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
3. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
4. Если врач назначит вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
5. Если врач предложит вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас, если вы заболеете, не ощущать эти проявления?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
7. Насколько важно для вас находиться в личных отношениях, включая эмоциональную или физическую близость?	совершенно не важно \ её нет	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
8. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычный образ жизни. Насколько сложно будет для вас такое изменение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
9. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычную диету. Насколько сложно будет для вас такое изменение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно

10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или утрате трудоспособности. Насколько важно для вас в таком случае получать социальную помощь от государства?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно будет для вас знать результаты анализов?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно будет для вас такое врачебное наблюдение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
14. Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько сложно будет для вас переносить такие ощущения?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
16. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
17. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
18. если врач назначит вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
19. Если врач предложит вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
20. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут вызывать неприятные ощущения, будете ли вы принимать такие лекарства?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду

21. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности, будете ли вы принимать такие лекарства?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
22. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
23. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
24. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
25. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду

КОП-25 – 1.4.1. Фактическая приверженность лечению дееспособных респондентов, достигших возраста 12 лет, но младше 15 лет

Выберите наиболее близкий вам вариант ответа на каждый вопрос

вопросы	баллы / варианты ответов					
	1	2	3	4	5	6
1. Врач выявил у вас хроническую болезнь. Важно ли вам знать, какими признаками она проявляется?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
2. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
3. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
4. Врач назначил вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно

5. Врач предложил вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас не ощущать эти проявления?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
7. Насколько важно для вас находиться с кем-либо в личных отношениях?	совершенно не важно \ их нет	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
8. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычный образ жизни. Насколько сложно для вас такое изменение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
9. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычную диету. Насколько сложно для вас такое изменение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или утрате трудоспособности. Насколько важно для вас в таком случае получать социальную помощь от государства?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно для вас знать результаты анализов?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
12. Все люди во что-либо верят или не верят. Насколько важно для вас во что-либо верить?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно для вас такое врачебное наблюдение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
14. Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько сложно для вас будет переносить такие ощущения?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
16. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду

17. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
18. Врач назначил несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
19. Врач предложил каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
20. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут вызывать неприятные ощущения, в том числе и те, что вы у себя уже наблюдаете. Будете ли вы принимать такие лекарства?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
21. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности. Будете ли вы принимать такие лекарства?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
22. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
23. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
24. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
25. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду

КОП-25 – 1.4.2. Потенциальная приверженность лечению дееспособных респондентов, достигших возраста 12 лет, но младше 15 лет

Выберите наиболее близкий вам вариант ответа на каждый вопрос

вопросы	баллы / варианты ответов					
	1	2	3	4	5	6
1. Если врач выявит у вас хроническую болезнь, важно ли будет вам знать, какими признаками она проявляется?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
2. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
3. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
4. Если врач назначит вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
5. Если врач предложит вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни, насколько сложно будет для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас, если вы заболеете, не ощущать эти проявления?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
7. Насколько важно для вас находиться с кем-либо в личных отношениях?	совершенно не важно \ их нет	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
8. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычный образ жизни. Насколько сложно будет для вас такое изменение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
9. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычную диету. Насколько сложно будет для вас такое изменение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно

10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или утрате трудоспособности. Насколько важно для вас в таком случае получать социальную помощь от государства?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы. Насколько важно будет для вас знать результаты анализов?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
12. Все люди во что-либо верят или не верят. Насколько важно для вас во что-либо верить?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно будет для вас такое врачебное наблюдение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
14. Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько сложно будет для вас переносить такие ощущения?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
16. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
17. Если врач назначит вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
18. если врач назначит вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
19. Если врач предложит вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни, будете ли вы всегда точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
20. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут вызывать неприятные ощущения, будете ли вы принимать такие лекарства?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду

21. Если врач сообщит вам, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности, будете ли вы принимать такие лекарства?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
22. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
23. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
24. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
25. Если врач сообщит вам, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду

КОП-25 – 1.5.1. Фактическая приверженность лечению респондентов – законных представителей (в том числе родителей, опекунов, попечителей) нуждающихся в уходе, ограничено дееспособных и недееспособных лиц

Выберите наиболее близкий вам вариант ответа на каждый вопрос

вопросы	баллы / варианты ответов					
	1	2	3	4	5	6
1. Врач выявил у подопечного хроническую болезнь. Важно ли вам знать, какими признаками она проявляется?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
2. Врач назначил подопечному лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
3. Врач назначил подопечному лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
4. Врач назначил подопечному несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно

5. Врач предложил каждый день в течение многих лет отмечать проявления болезни, имеющиеся у подопечного. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас, чтобы подопечный не ощущал эти проявления?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
7. Насколько важна для вас возможность сексуальной жизни подопечного?	совершенно не важно \ её нет	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
8. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычный образ жизни подопечного. Насколько сложно для вас такое изменение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
9. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычную диету подопечного. Насколько сложно для вас такое изменение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
10. При ограничении или полной утрате трудоспособности подопечного, насколько важно для вас будет его обеспечение социальной помощью от государства?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы у подопечного. Насколько важно для вас знать результаты его анализов?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярного осмотра врачом подопечного. Насколько сложно для вас такое врачебное наблюдение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
14. Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько беспокоит вас возникновение таких ощущений у подопечного?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас ограничить таким образом подопечного?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
16. Врач назначил подопечному лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду

17. Врач назначил подопечному лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
18. Врач назначил подопечному несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
19. Врач предложил каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся у подопечного проявления болезни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
20. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут вызывать у подопечного неприятные ощущения. Будете ли вы давать ему такие лекарства?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
21. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности подопечного. Будете ли вы давать ему такие лекарства?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
22. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни подопечного. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
23. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету подопечного. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
24. Врач сообщил, что в связи с болезнью подопечному нужно регулярно посещать врача. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
25. Врач сообщил, что в связи с болезнью подопечному нужно регулярно сдавать анализы. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду

КОП-25 – 1 5.2. Потенциальная приверженность лечению респондентов – законных представителей (в том числе родителей, опекунов, попечителей) нуждающихся в уходе, ограничено дееспособных и недееспособных лиц

Выберите наиболее близкий вам вариант ответа на каждый вопрос

вопросы	баллы / варианты ответов					
	1	2	3	4	5	6
1. Если врач выявит у подопечного хроническую болезнь. Важно ли будет вам знать, какими признаками она проявляется?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
2. Если врач назначит подопечному лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
3. Если врач назначит подопечному лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
4. Если врач назначит подопечному несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
5. Если врач предложит каждый день в течение многих лет отмечать проявления болезни, имеющиеся подопечного, насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
6. Хроническая болезнь имеет свои проявления. Насколько важно для вас, чтобы подопечный не ощущал эти проявления?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
7. Насколько важна для вас возможность сексуальной жизни подопечного?	совершенно не важно \ её нет	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
8. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычный образ жизни подопечного. Насколько сложно для вас такое изменение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
9. Хроническая болезнь может вынудить изменить привычную диету подопечного. Насколько сложно для вас такое изменение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно

10. Хроническая болезнь может привести к ограничению или полной утрате трудоспособности подопечного. В таком случае насколько важно для вас будет его обеспечение социальной помощью от государства?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы у подопечного. Насколько важно для вас знать результаты его анализов?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога?	совершенно не важно	почти не важно	скорее не важно, чем важно	скорее важно, чем не важно	достаточно важно	очень важно
13. Хроническая болезнь может привести к необходимости регулярных осмотров врачом подопечного. Насколько сложно для вас такое врачебное наблюдение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
13. Хроническая болезнь может привести к необходимости регулярных осмотров врачом подопечного. Насколько сложно для вас такое врачебное наблюдение?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
14. Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько беспокоит вас возникновение таких ощущений у подопечного?	очень сложно	достаточно сложно	скорее сложно, чем несложно	скорее несложно, чем сложно	почти несложно	совершенно несложно
15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас будет ограничить таким образом подопечного?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
16. Если врач назначит подопечному лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
17. Если врач назначит подопечному лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду

18. Если врач назначит подопечному несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
19. Если врач предложит каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся у подопечного проявления болезни, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
20. Если врач сообщит, что назначенные лекарства могут вызывать у подопечного неприятные ощущения, будете ли вы давать ему такие лекарства?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
21. Если врач сообщит, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальные возможности подопечного, будете ли вы давать ему такие лекарства?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
22. Если врач сообщит, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни подопечного, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
23. Если врач сообщит, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету подопечного, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
24. Если врач сообщит, что в связи с болезнью подопечному нужно регулярно осматриваться врачом, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду
25. если врач сообщит, что в связи с болезнью подопечному нужно регулярно сдавать анализы, будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	ни за что не буду	вероятнее всего не буду	скорее не буду, чем буду	скорее буду, чем не буду	вероятнее всего буду	обязательно буду

Оценка и интерпретация результатов: Каждая анкета включает 25 вопросов с вариантами ответов, каждый из которых соответствует определённому количеству баллов. Респондент заполняет анкету лично или с участием интервьюера, последовательно отвечая на вопросы — выбирая наиболее подходящий ответ из предложенного для каждого вопроса закрытого перечня вариантов ответов.

Анкета состоит из двух частей: «Важность вмешательств» (вопросы 1-15) и «Готовность к выполнению вмешательств» (вопросы 16-25). Визуально первую и вторую части анкеты не разделяют. На каждый вопрос анкеты есть 6 вариантов ответов, оцениваемых в баллах. Вне зависимости от варианта анкеты и от формулировки конкретного ответа, для последующих расчетов номерам ответов присваиваются следующие баллы: варианту ответа под порядковым номером «1» - 1 балл, варианту ответа под порядковым номером «2» - 2 балла, варианту ответа под порядковым номером «3» - 3 балла, варианту ответа под порядковым номером «4» - 4 балла, варианту ответа под порядковым номером «5» - 5 баллов, варианту ответа под порядковым номером «6» - 6 баллов.

Первая часть включает 15 вопросов, позволяющих определить важность для респондента проблем и критериев: модификация лекарственной терапии (вопросы 2, 3, 4, 6, 14), модификации образа жизни (вопросы 7, 8, 9, 12, 15), модификация медицинского сопровождения (вопросы 1, 5, 10, 11, 13). При подсчёте баллы суммируют, рассчитывая показатели: важность лекарственной терапии (Importance of medicinal therapy – MD), важность модификации образа жизни (Importance of updating of a way of life - MC), важность медицинского сопровождения (Importance of medical support – MM). Для каждого расчетного показателя минимально возможное количество баллов составляет 5, а максимально возможное – 30. Индекс важности лечения (Index of Importance of treatment – MT) рассчитывают, как простую арифметическую сумму всех набранных баллов. Его диапазон составляет от 15 до 90 баллов.

Вторая часть опросника включает 10 вопросов, которые позволяют оценить степень готовности респондента к выполнению вмешательств. Эти вопросы также объединены в 3 блока: модификация лекарственной терапии (вопросы 16, 17, 18, 20, 21); модификации образа жизни (вопросы 19, 22, 23, 24, 25); модификация медицинского сопровождения (вопросы 16, 19, 20, 24, 25). При подсчёте баллы суммируют, рассчитывая показатели: готовность к лекарственной терапии (Adherence to medicinal therapy – GD); готовность к модификации образа жизни (Adherence to updating a way of life – GC); готовность к медицинскому сопровождению (Adherence to medical support – GM). Минимально возможное количество баллов составляет 5, а максимально возможное – 30. Суммарный индекс готовности к лечению (Index of Adherence to treatment - GT) рассчитывают, как простую арифметическую сумму набранных баллов. Его диапазон составляет от 15 до 90 баллов.

Для всех показателей приверженности уровень значений в интервале до 50% интерпретируют как «низкий», более 50% до 75% — как «средний», более 75% — как «высокий». При лечении больных хроническими заболеваниями средний и низкий уровни приверженности расцениваются как «недостаточная приверженность», высокий – как «достаточная приверженность».

Для автоматизированного расчета применяют онлайн-калькуляторы свободного доступа:

Сайт КОП-25 / CAA-25 Международной коллаборации изучения приверженности / International Collaboration on Adherence to Treatment (МКИП / ICAT)

Калькулятор системы КОП-25 на русском и английском языках. Обеспечивает расчёт по всем шкалам системы. Содержит полные тексты актуальных российских и международных руководств по приверженности.

Адрес: http://www.prognoz-med.ru/#/

Сайт Психологические тесты онлайн

Калькулятор КОП-25. Обеспечивает расчёт по шкале фактической приверженности лечению взрослых (18 лет и старше).

Адрес: https://psytests.org/diag/kop25-run.html

Расчет показателей

Показатели приверженности (потенциальной приверженности) рассчитывают, выражая результат в условных процентах, %:

Приверженность (потенциальная приверженность) лекарственной терапии

$$AT = 200 \div [(30 \div MD) \times (60 \div GD)] \quad , \qquad (1)$$

где **AT** – приверженность лекарственной терапии, усл. %;
MD – важность лекарственной терапии, балл;
GD – готовность к лекарственной терапии, балл.

Приверженность (потенциальная приверженность) медицинскому сопровождению

$$AV = 200 \div [(30 \div MM) \times (60 \div GM)] \quad , \qquad (2)$$

где **AV** – приверженность медицинскому сопровождению, усл. %;
MD – важность медицинского сопровождения, балл;
GD – готовность к медицинскому сопровождению, балл.

Приверженность (потенциальная приверженность) модификации образа жизни

$$AM = 200 \div [(30 \div MC) \times (60 \div GC)] \quad , \qquad (3)$$

где **AM** – приверженность модификации образа жизни, усл. %;
MC – важность модификации образа жизни, балл;
GC – готовность к модификации образа жизни, балл.

Приверженность (потенциальная приверженность) лечению

$$AI = (AV + 2AM + 3AT) \div 6 \quad , \qquad (4)$$

где **AI** – приверженность лечению, усл. %
AV – приверженность медицинскому сопровождению, усл. %;
AM – приверженность модификации образа жизни, усл. %;
AT – приверженность лекарственной терапии, усл. %.

Каждый полученный результат имеет точное расчетное значение, т.е. является обособленной количественной характеристикой конкретного вида приверженности, а соответственно может быть ранжирован внутри диапазона, а также служить как единицей сравнения в сопоставлении с другими измерениями у одного и того же респондента, так и единицей сравнения с аналогично полученными показателями других респондентов.

Рекомендуется в научных исследованиях применять точность с округлением до второго знака после запятой, в медицинской практике допустимо использовать округление до целых значений.

Повышает точность прогноза коэффициент предикции (потенциальной предикции). Его вычисляют как отношение полученного значения соответствующего показателя готовности к полученному значению соответствующего показателя важности. Коэффициент предикции предоставляет врачу и исследователю дополнительную информацию об увеличении или уменьшении вероятности того, что респондент будет следовать рекомендованным ему действиям. При значении показателя 1,0 и более вероятность того, что респондент будет придерживаться рекомендаций увеличивается, при значении показателя менее 1,0 – уменьшается.

Литература

1. Likert, R. (1932). A Technique for the Measurement of Attitude. Archives of Psychology, 140, 5-55.

2. Kalali, A., 1999a. Patient satisfaction with, and acceptability of, atypical antipsychotics. Curr. Med. Res. Opin. 15 (2), 135–137.

3. Kalali, A.H., 1999b. Evaluating patient satisfaction: a practical approach. Clear Perspectives 2 (3), 18–21.

4. Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Разработка и валидизация новых опросников в медицине на примере шкалы приверженности к лекарственной терапии. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2020;17(4):576-583. DOI:10.20996/1819-6446-2021-08-02.

5. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence. Med Care. 1986;24:67-73. doi:10.1097/00005650-198601000-00007.

6. 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):63-5. [Lukina YV, Martsevich SYu, Kutishenko NP. The Morisky-Green scale: the pros and cons of universal test, correction of mistakes. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2016;12(1):63-5. (in Russian)] doi:10.20996/1819-6446-2016-12-1-63-65.

7. Marcus A. Pay up or retract? Survey creator's demands for money rile some health researchers. Washington, DC: ScienceMag.org; 2017. Available at https://www.sciencemag.org/news/2017/09/ pay-or- retract-survey-creators-demands-money-rile-somehealth-researchers.

8. JMIR Publications. What is your policy regarding access to critical research tools and instruments (eg, questionnaires)? 2018. Available at https://jmir.zendesk.com/hc/en-us/articles/360000547811.

9. Отечественный опросник приверженности терапии: апробация и применение в амбулаторной практике. Т. В. Фофанова, Ф. Т. Агеев, М. Д. Смирнова [и др.]. Системные гипертензии. 2014;11(2):13-16. EDN SHAYXR.

10. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich). 2008;10(5):348-54. doi:10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x.

11. Moon SJ, Lee WY, Hwang JS. Accuracy of a screening tool for medication adherence: A systematic review and metaanalysis of the Morisky Medication Adherence Scale-8. PLoS One. 2017;12(11):e0187139. doi:10.1371/journal.pone.0187139.

12. Pineiro F, Gil V, Donis M, et al. The validity of 6 indirect methods for assessing drug treatment compliance in arterial hypertension. Aten. Primaria. 1997;19 (7):372-4.

13. Arnet I, Metaxas C, Walter PN. The 8-item Morisky Medication Adherence Scale translated in German and validated against objective and subjective polypharmacy adherence measures in cardiovascular patients. J Eval Clin Pract. 2015;21(2):271-7. doi:10.1111/jep.12303.

14. Moon SJ, Lee WY, Hwang JS, et al. Correction: Accuracy of a screening tool for medication adherence: A systematic review and meta-analysis of the Morisky Medication Adherence Scale-8. PLoS One. 2018;13(4):e0196138. doi:10.1371/journal.pone.0196138.

15. Park SP, Lee EYJ. How should medical researchers respond to false copyright infringement claims? Sci Ed. 2019;6(2):137-41. doi:10.6087/kcse.174.

16. Kishor R., Kumari S., Prakash R., Chaudhary N., Shyama S., Ahmad S., Kumar P. An assessment of treatment compliance using the Morisky scale-8 tool in adult hypertensive patients of Eastern India. J Family Med Prim Care. 2024 Apr 4;13(3):924–931. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1416_23.

17. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. Schizophr Res. 2000;42:241-7. doi:10.1016/s0920-9964(99)00130-9.

18. Fialko L, Garety PA, Kuipers E, et al. A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS). Schizophr Res. 2008;100:53-9. doi:10.1016/j.schres.2007.10.029.

19. Chan AHY, Horne R, Hankins M,Chisari C. The Medication Adherence Report Scale: Ameasurement tool for eliciting patients' reports ofnonadherence.Br J Clin Pharmacol. 2020;86:1281-1288

20. Svarstad B.L., Chewning B.A., Sleath B.L., Claesson C. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. Patient Educ Couns. 1999;37(2):113-24. doi:10.1016/s0738-3991(98)00107-4.

21. Rickles N.M., Svarstad B.L. Relationships between multiple self-reported nonadherence measures and pharmacy records. Res Social Adm Pharm. 2007;3:363-77. doi:10.1016/j.sapharm.2006.11.001.

22. Warren S.R., Raisch D.W., Campbell H.M, et al. Medication adherence assessment in a clinical trial with centralized follow-up and direct-to-patient drug shipments. Clin Trials. 2013;10(3):441-8. doi:10.1177/1740774511410331.

23. Kripalani S, Risser J, Gatti ME, Jacobson TA. Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. Value Health. 2009;12(1):118-23. doi:10.1111/j.1524-4733.2008.00400.x.

24. Ueno H, Yamazaki Y, Yonekura Y, at al. Park MJ, Ishikawa H, Kiuchi T. Reliability and validity of a 12-item medication adherence scale for patients with chronic disease in Japan. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):592. doi: https://doi.org/10.1186/s12913-018-3380-7.

25. Епишин В.Е., Калашникова М.Ф., Лиходей Н.В., Бондарева И.Б., Каурова А.М., Тулупова М.В., Николаев Н.А., Фадеев В.В. Адаптация опросника 12-item Medication Adherence Scale (шкала приверженности лечению) на русскоязычной выборке пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа. Проблемы эндокринологии. 2024;70(4):32-43. doi: https://doi.org/10.14341/probl13372.

26. Kim MT, Hill MN, Bone LR, Levine DM. Development and testing of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. Prog Cardiovasc Nurs. 2000;15(3):90-6. doi:10.1111/j.1751-7117.2000.tb00211.x.

27. Koschack J, Marx G, Schnakenberg J, et al. Comparison of two self-rating instruments for medication adherence assessment in hypertension revealed insufficient psychometric properties. J Clin Epidemiol. 2010;63(6):299-306. doi:10.1016/j. jclinepi.2009.06.011.

28. Uchmanowicz, I., Jankowska-Polańska, B., Chudiak, A. et al. Psychometric evaluation of the Polish adaptation of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. BMC Cardiovasc Disord 16, 87 (2016). https://doi.org/10.1186/s12872-016-0270-y.

29. Risser J, Jacobson TA, Kripalani S. Development and psychometric evaluation of the Self-efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS) in low-literacy patients with chronic disease. J Nurs Meas. 2007;15(3):203-19. doi:10.1891/106137407783095757.

30. Вид В.Д., Лутова Н.Б., Борцов А.В. Оценка субъективной удовлетворенности больного лечением в психиатрическом стационаре: состояние вопроса. Сообщение 1. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2007;1(2):7-9.

31. Вид В.Д., Лутова Н.Б., Борцов А.В. Оценка субъективной удовлетворенности больного лечением в психиатрическом стационаре: состояние вопроса. Сообщение 24. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2007;2(4):8-10.

32. Лутова Н.Б. Взаимосвязь между субъективной удовлетворенности лечением и комплайенса больных психозами. Российский психиатрический журнал. 2012;6:65-68.

33. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., Вукс А.Я. Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии: методические рекомендации. СПб. 2007. 17с.

34. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: количественная оценка результата антигипертензивной терапии. М.: Издательский дом «Академия естествознания», 2008. 92 с.

35. Николаев Н.А. Пациенториентированная антигипертензивная терапия: клинические рекомендации для практических врачей. Врач 2016;4:82-85.

36. 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.

37. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Драпкина О.М., Ливзан М.А. др. от имени Комитата экспертов. Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению. Терапия 2018;5:11-32.

38. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Анисимов В.Н., Васильева И.А., Виноградов О.И., Лазебник Л.Б., Поддубная И.В., Ройтман Е.В. и др. Управление лечением на основе приверженности. Согласительный документ – Междисциплинарные рекомендации РНМОТ, НОГР, НАТГ, ОДН, ГОРАН, РОО, РОФ. Consilium-Medicum 2020;5:9-18.

39. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Анисимов В.Н., Васильева И.А., Виноградов О.И., Лазебник Л.Б., Поддубная И.В., Ройтман Е.В. и др. Управление лечением на основе приверженности: алгоритмы рекомендаций для пациентов. Междисциплинарные рекомендации. Медицинский вестник Северного Кавказа 2020;15(4):461-468.

40. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Балабанова А.А., Горбенко А.В., Андреев К.А., Федорин М.М., Ливзан М.А., Чебаненко Е.В., Усов Г.М. Шкала количественной оценки приверженности лечению «КОП-25»: актуализация формулировок, конструктная и факторная валидность и мера согласия. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2021;17(6):845-852. DOI:10.20996/1819-6446-2021-12-12.

41. Приверженность лечению: Российское национальное руководство / Н. А. Николаев, А. И. Мартынов, Ю. П. Скирденко [и др.]. М.: Изд. Дом «Академия Естествознания», 2022. 224 с. ISBN 978-5-91327-746-6. DOI 10.17513/np.541. EDN VMWTIF.

42. Приверженность в клинической практике: Международное методическое руководство / Н. А. Николаев, А. И. Мартынов, Ю. П. Скирденко [и др.]. М.: Издательский Дом «Академия Естествознания», 2023. 228 с. ISBN 978-5-91327-776-3. DOI 10.17513/np.573. EDN CALUFJ.

43. Николаев Н. А. Система комплексной оценки приверженности в медицине КОП-25: Авторское руководство для врачей и исследователей / Н. А. Николаев. М.: Изд. Дом «Академия Естествознания», 2024. 100 с. ISBN 978-5-91327-793-0. DOI 10.17513/np.595. EDN TJVRZH.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ: ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТРЕЗВОСТИ

Антонова А. С., Усов Г. М., Николаев Н. А.

Исследований приверженности, включая ее количественное измерение и изучение фундаментальных свойств, до сих пор выполняется недостаточно. В наркологической практике ранее подобных исследований не проводилось. 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.

Проблема эффективной и рациональной тактики ведения пациентов с наркологическими расстройствами остается крайне актуальной в связи с высокой частотой встречаемости данных заболеваний, особенностями их течения и неблагоприятным прогнозом. Исходя из существующих рекомендаций, терапия пациентов с зависимостью от психоактивных веществ предполагает длительный период диспансерного наблюдения, систематический и длительный прием лекарственных препаратов, а их эффективность во многом зависит от качества исполнения пациентом рекомендаций врача. Недостаточная приверженность лечению доказано снижает качество жизни и социальное функционирование пациентов [1]. Приверженность лечению наиболее значима при долгосрочной терапии хронических заболеваний, к числу которых можно отнести синдром зависимости от алкоголя.

Алкоголизм является самым распространенным наркологическим заболеванием, относится к социально значимым заболеваниям, оказывает негативное влияние на демографическую ситуацию, криминогенную и экономическую обстановки. Терапия алкоголизма предполагает системный и длительный прием многих лекарственных препаратов, а ее эффективность во многом зависит от полноты исполнения пациентом рекомендаций врача.

Недостаточная комплаентность оказывает негативное влияние на течение и прогноз заболевания, снижает эффективность проводимой специалистом терапии. Такая ситуация требует новых, в том числе нестандартных подходов, меняющих устоявшиеся, и, часто, консервативные представления в области системы здравоохране-

ния. В качестве одного из таких подходов можно рассмотреть трансформацию бинарной модели оказания медицинской помощи в тринитарную, в которой ведущую роль приобретает индивидуализированный учет приверженности пациента лечению [2].

Важной задачей является оценка влияния терапевтических стратегий на приверженность и терапевтическую инертность в исследованиях, в условиях реальной клинической практики. Управление лечением на основании индивидуального уровня приверженности, либо управление приверженностью может оказывать большее влияние на здоровье населения, чем улучшение специфического медицинского лечения.

Необходимость комплексного подхода в оценке приверженности лечению пациентов с наркологическими расстройствами очевидна. Использование новых знаний о лекарственной приверженности в сочетании с приверженностью модификации образа жизни и медицинскому сопровождению способно повысить эффективность текущих вмешательств и с большей надежностью формировать отдаленный прогноз. Доказавшая свои преимущества во многих направлениях современной медицины и универсальность применения система оценки КОП-25 [3-7] стала основой разработки специализированной шкалы для наркологических пациентов, с целью выявления специфических мишеней воздействия в ходе терапии, модернизации подхода в лечении специфических расстройств, и выработки рекомендаций, оптимизирующих взаимодействие лечащих врачей и пациентов. Предполагаем, что такой подход позволит эффективно и не прибегая к дополнительным затратам персонализировать диагностику и лечение этой крайне сложной категории пациентов.

Исследования комплексной оценки приверженности лечению пациентов с алкогольной зависимостью могут быть использованы в наркологической практике при разработке лечебно-реабилитационных мероприятий в рамках внедрения пациентоориентированного подхода при оказании специализированной помощи.

Приверженность трезвости

Базовая анкета опросника КОП-25 (3.1) содержит 25 вопросов, оценивающих приверженность трезвости (commitment to sobriety) и состоит из двух условных частей: «Важность трезвости» (importance of sobriety) и «Готовность к трезвости» (readiness for sobriety). На каждый вопрос анкеты имеется 6 вариантов ответов, оцениваемых в баллах. Вес каждого балла аналогичен указанным для расчёта приверженности лечению.

Первая часть анкеты включает 15 вопросов, позволяющих определить важность для респондента проблем и критериев в отношении трезвости:

- важность личных факторов (вопросы 2, 3, 4, 6, 14),

- важность внутрисемейных факторов (вопросы 1, 5, 10, 11, 13).

- важность социальных факторов (вопросы 7, 8, 9, 12, 15),

При подсчёте баллы суммируют, рассчитывая показатели:

- важность личных установок на трезвость (importance of personal attitudes towards sobriety - IPS),

- важность семейных установок на трезвость (importance of family attitudes towards sobriety - IFS),

- важность социальных установок на трезвость (importance of social attitudes towards sobriety - ISS).

Для каждого расчетного показателя минимально возможное количество баллов составляет 5, а максимально возможное – 30.

Индекс важности трезвости (sobriety importance index – SII) рассчитывают, как простую арифметическую сумму всех набранных баллов. Его диапазон составляет от 15 до 90 баллов.

Вторая часть включает 10 вопросов, которые позволяют оценить степень готовности респондента к выполнению вмешательств. Эти вопросы также объединены в 3 блока:

- влияние личных факторов (вопросы 16, 17, 18, 20, 21)

- влияние внутрисемейных факторов (вопросы 16, 19, 20, 24, 25),

- влияние социальных факторов (вопросы 19, 22, 23, 24, 25).

При подсчёте баллы суммируют, рассчитывая показатели:

- готовность к трезвости на основании личных установок (readiness for sobriety based on personal attitudes - RSP)

- готовность к трезвости на основании семейных установок (readiness for sobriety based on family attitudes RSF),

- готовность к трезвости на основании общественных установок (readiness for sobriety based on social attitudes RSS).

Минимально возможное количество баллов составляет 5, а максимально возможное – 30.

Индекс готовности к трезвости (index of readiness for sobriety - IRS) рассчитывают, как простую арифметическую сумму набранных баллов. Его диапазон составляет от 15 до 90 баллов.

Визуально первую и вторую части анкеты не разделяют.

Приверженность трезвости (commitment to sobriety - CS) рассчитывают на основе оценки приверженности личным установкам на трезвость (commitment to personal sobriety guidelines - CP), внутрисемейным установкам на трезвость (commitment to family sobriety - CF) и общественным установкам на трезвость (commitment to social attitudes towards sobriety - CA).

Приверженность личным установкам на трезвость

$$CP = 200 \div [(30 \div IPS) \times (60 \div RSP)] \quad , \qquad (1)$$

где **CP** – приверженность личным установкам на трезвость, усл. %;

IPS – важность личных установок на трезвость, балл;

RSP – готовность к трезвости на основании личных установок, балл.

Приверженность семейным установкам на трезвость

$$CF = 200 \div [(30 \div IFS) \times (60 \div RSF)] \quad , \qquad (2)$$

где **CF** – приверженность семейным установкам на трезвость, усл. %;
IFS – важность семейных установок на трезвость;
RSF – готовность к трезвости на основании семейных установок, балл.

Приверженность общественным установкам на трезвость

$$CA = 200 \div [(30 \div IRS) \times (60 \div ISS)] \quad , \qquad (3)$$

где **CA** – приверженность общественным установкам на трезвость, усл. %;
ISS – важность общественных установок на трезвость;
RSS – готовность к трезвости на основании общественных установок, балл.

Приверженность трезвости

$$CS = (CP + 2CF + 3CA) \div 6 \quad , \qquad (4)$$

где **CS** – приверженность трезвости, усл. %
CP – приверженность личным установкам на трезвость, усл. %;
CF – приверженность семейным установкам на трезвость, усл. %;
CA – приверженность общественным установкам на трезвость, усл. %.

Рекомендуется в научных исследованиях применять точность с округлением до второго знака после запятой, в медицинской практике допустимо использовать округление до целых значений. Также выделяют три уровня приверженности, соответствующие диапазонам, используемым в настоящем руководстве: «высокий» (диапазон значений 75% и более), «средний» (диапазон значений от 50% до 75%) и «низкий» (диапазон значений менее 50%) [9–11].

Повысить точность прогноза приверженности можно рассчитав коэффициент предикции. Его вычисляют как отношение полученного значения соответствующего показателя готовности к полученному значению соответствующего показателя важности. Коэффициент предикции предоставляет врачу и исследователю дополнительную информацию об увеличении или уменьшении вероятности того, что респондент будет следовать рекомендованным ему действиям.

Интерпретация коэффициента предикции: при значении показателя 1,0 и более вероятность того, что респондент будет придерживаться рекомендаций в области научной медицины увеличивается, при значении показателя менее 1,0 – уменьшается.

КОП-25 – 4.1.1. Приверженность трезвости

Выберите наиболее близкий вам вариант ответа на каждый вопрос

вопросы	баллы / варианты ответов					
	1	2	3	4	5	6
1. Если представить, что врач выявил у Вас алкогольную зависимость, это будет Вас тревожить?	Нет	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
2. Я употребляю алкоголь только для удовольствия. Вы согласны с этим утверждением?	Нет	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
3. В жизни случалось, когда из-за употребления алкоголя было невозможно вспомнить, что произошло накануне. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
4. Если я решу прекратить употреблять алкоголь, то могу сделать это в любое время, независимо от ситуации. Вы согласны с этим утверждением?	Нет	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
5. Если из-за употребления алкоголя станет возникать чувство вины перед собой или близкими, это будет Вас тревожить?	Нет	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
6. Если после употребления алкоголя станет возникать потребность опохмелиться утром, это будет Вас тревожить?	Нет	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
7. Насколько важна для Вас сексуальная жизнь?	Совершенно не важна / её нет	В основном не важна	Скорее не важна	Скорее важна	В основном важна	Очень важна
8. Меня раздражают люди, предлагающие выпить. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет

9. Я употребляю алкоголь, потому что это необходимо для делового общения или общения с друзьями. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
10. Из-за употребления алкоголя ко мне изменилось отношение кого-то из близких людей или знакомых. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
11. Члены моей семьи не одобряют мое увлечение алкоголем. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
12. Многие люди во что-либо верят. Насколько Вам важно во что-либо верить?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно	Скорее важно	Достаточно важно	Очень важно
13. Если кто-либо укажет, что Вы регулярно или часто употребляете много алкоголя, насколько важно для Вас уменьшить его употребление?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно	Скорее важно	Достаточно важно	Очень важно
14. Я употребляю алкоголь, потому что, когда не пью чувствую себя ненормально или плохо. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
15. Бывает, что из-за употребления алкоголя мне не удается выполнить в срок запланированную работу. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
16. Если станут возникать случаи, когда из-за употребления алкоголя невозможно вспомнить, что произошло накануне, обязательно ли Вы сократите его употребление?	Нет	Вероятнее всего нет	Скорее нет	Скорее да	Вероятнее всего да	Да
17. Если станут возникать случаи, когда употребление алкоголя перестанет доставлять удовольствие, обязательно ли Вы сократите его употребление?	Нет	Вероятнее всего нет	Скорее нет	Скорее да	Вероятнее всего да	Да

18. Если станет возникать необходимость опохмелиться утром, обязательно ли Вы сократите употребление алкоголя?	Нет	Вероятнее всего нет	Скорее нет	Скорее да	Вероятнее всего да	Да
19. Если Вы узнаете, что из-за имеющихся заболеваний вам необходимо полностью отказаться от употребления алкоголя, обязательно ли Вы прекратите его употребление?	Нет	Вероятнее всего нет	Скорее нет	Скорее да	Вероятнее всего да	Да
20. Если друзья или коллеги будут настаивать употреблять алкоголь, когда Вы этого не хотите, обязательно ли Вы им откажете?	Нет	Вероятнее всего нет	Скорее нет	Скорее да	Вероятнее всего да	Да
21. Если употребление алкоголя станет ухудшать ваши сексуальные возможности, обязательно ли Вы сократите его употребление?	Нет	Вероятнее всего нет	Скорее нет	Скорее да	Вероятнее всего да	Да
22. Если из-за употребления алкоголя у Вас будет возникать чувство вины перед членами семьи или близкими людьми, обязательно ли Вы сократите его употребление?	Нет	Вероятнее всего нет	Скорее нет	Скорее да	Вероятнее всего да	Да
23. Если из-за употребления алкоголя у Вас будет возникать проблемы на работе или в быту, обязательно ли Вы сократите его употребление?	Нет	Вероятнее всего нет	Скорее нет	Скорее да	Вероятнее всего да	Да
24. Если кто-либо укажет, что Вы регулярно или часто употребляете много алкоголя, обязательно ли Вы сократите его употребление?	Нет	Вероятнее всего нет	Скорее нет	Скорее да	Вероятнее всего да	Да
25. Если из-за употребления алкоголя у Вас будут ухудшаться самочувствие или настроение, обязательно ли Вы сократите его употребление?	Нет	Вероятнее всего нет	Скорее нет	Скорее да	Вероятнее всего да	Да

Ограничения и риск искажений

К существенным ограничениям оценки приверженности трезвости авторы относят отсутствие независимых исследований с использованием данного опросника, а также существующие типовые ошибки опросников, связанные с тем, что респонденты склонны завышать или искажать свои оценки. Поэтому при разработке анкеты были предприняты дополнительные шаги, повышающие качество создаваемого инструментария, в частности: проведена предварительная рандомизация респондентов пилотных выборок по возрастному и профессиональному критериям; обращено особое внимание каждого респондента пилотных выборок, на то, насколько важно быть искренним и непредвзятым; любой вопрос, не ясный респонденту, обсуждался с профильными экспертами; при составлении опросника были приложены усилия к тому, чтобы сделать все 25 вопросов каждой анкеты легко понимаемым для отвечающих, вне зависимости от наличия либо отсутствия профессиональной подготовки.

Авторы выделяют следующие риски возможных искажений:

1. Риск искажений, связанных с субъективностью восприятия. Респонденты могут неправильно воспринимать симптомы своего состояния, преувеличивать или недооценивать их наличие и выраженность и др., что снижает точность результатов опроса.

2. Риск искажений, связанных с особенностями психологического состояния. Эмоциональное состояние респондента во время заполнения анкеты (стресс, депрессия, тревога) способны оказывать влияние на полученные результаты, искажая восприятие и оценку реального самочувствия.

3. Риск искажений, связанных с следованием парадигмальным установкам. Возможно искажение результатов, связанное с невозможностью дифференцировать совокупность их личных представлений, сформировавшихся под влиянием индивидуальной среды и личного опыта, от совокупности личных представлений, сформировавшихся под влиянием социума.

4. Риск искажений, связанных с культурными различиями восприятия и интерпретации симптомов. Представители различных культур имеют разные представления о здоровье и болезни, что влияет на восприятие респондентами собственного состояния и может повлиять на самооценку тяжести симптомов.

5. Риск искажений вследствие непреднамеренных или намеренных ошибок респондентов. Часть опрашиваемых может отвечать случайным образом или намеренно искажать информацию, в том числе ради определенных целей, включая получение предполагаемых выгод от конкретного результата анкетирования.

6. Риск искажений, связанных с недостаточной информативностью субъективно оцениваемых проявлений состояния здоровья. Некоторые аспекты состояния здоровья, особенно у лиц с алкогольной зависимостью, сложно оценить посредством анкетирования, без применения специальных методов исследования.

7. Риск искажений, связанных с невозможностью универсального учета индивидуальных особенностей организма. Каждый организм уникален, поэтому одинаковые симптомы у разных людей, и интерпретация ими этих симптомов при заполнении опросников) могут иметь разные причины и последствия. Вероятно, опросник не способен учесть индивидуальные особенности каждого конкретного случая.

8. Риск искажений, связанных с неправильной интерпретацией результатов анкетирования медицинскими работниками и исследователями. Интерпретация результатов должна проводиться специалистами, обладающими знаниями о диагностике конкретных заболеваний и особенностях применяемых методик обследования, включая конкретные опросники. Этот риск может увеличиваться при тиражировании технологии и уменьшаться при её использовании в специализированных медицинских и научных организациях.

9. Недостаток времени или ресурсов, необходимых для заполнения опросников и/или последующей обработки данных. Заполнение и обработка большого объема информации требует значительных временных затрат или разработки специализированных компьютерных программ, обеспечивающих автоматизацию процесса анализа данных.

Минимизировать риски, связанные с ограничениями опросника, могут обучение исследователей и интервьюеров методике сбора данных и способам правильного ведения беседы, правильной интерпретации результатов и своевременному выявлению случаев ложных показаний.

Респондентам должно быть разъяснено значение заполненного ими опросника, цели его проведения и важность честных ответов. Для снижения риска ошибочных или некорректных ответов необходимо строго соблюдать правила инструктажа перед началом процедуры тестирования.

Литература

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

2. Николаев Н. А. Система комплексной оценки приверженности в медицине КОП-25: Авторское руководство для врачей и исследователей / Н. А. Николаев. М.: Изд. Дом «Академия Естествознания», 2024. 100 с. ISBN 978-5-91327-793-0. DOI 10.17513/np.595. EDN TJVRZH.

3. Оценка важности веры — как возможный предиктор приверженности лечению. Кашева К.А., Липперт В.Н., Голендяева П.И., Скирденко Ю.П., Федорин М.М., Горбенко А.В., Андреев К.А., Николаев Н.А. Научный вестник Омского государственного медицинского университета. 2022. Т. 2. № 3 (7). С. 4–11.

4. Приверженность лечению: Российское национальное руководство / Н. А. Николаев, А. И. Мартынов, Ю. П. Скирденко [и др.]. М.: Изд. Дом «Академия Естествознания», 2022. 224 с. ISBN 978-5-91327-746-6. DOI 10.17513/np.541. EDN VMWTIF.

5. Приверженность лечению. Российское национальное руководство. Краткое издание для практических врачей. Н. А. Николаев, А. И. Мартынов, Ю. П. Скирденко [и др.]. Терапия. 2023;9(S1, 63):1–108.

6. Приверженность в клинической практике: Международное методическое руководство / Н. А. Николаев, А. И. Мартынов, Ю. П. Скирденко [и др.]. М.: Издательский Дом «Академия Естествознания», 2023. 228 с. ISBN 978-5-91327-776-3. DOI 10.17513/np.573. EDN CALUFJ.

7. Николаев, Н.А., Авдеев, С.Н., Акимкин, В.Г., Арутюнов, Г.П., Ашрафян, Л.А., Бабунашвили, А.М., Балыкова, Л.А., Барбараш, О.Л., Беляев, А.М., et al. (2025). Основы 6П-медицины. Российское научно-практическое руководство. В 2 тт.: Т. 1. [Электронный ресурс]. Ред. Н.А. Николаева, О.М. Драпкиной, Л.С. Намазовой-Барановой. Новокузнецк: Издательство «Знание-М».

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ НАУЧНОЙ И АЛЬТЕРНАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Николаев Н. А.

Одна из главных проблем современной медицины заключается в постоянных и все более агрессивных попытках альтернативной медицины «замаскироваться» под медицину научную. Современная альтернативная медицина в подавляющем своем большинстве представляет собой коммерческие проекты, направленные на извлечение прибыли. Коммерциализация процессов как медицинской помощи, так и исследований с одной стороны, и действующая в большинстве стран разрешительная система допуска их в качестве медицинских услуг – с другой, мотивируют представителей лженаучных учений к проникновению в научную среду и практическую медицину.

Огромный вклад в продвижение альтернативной медицины вносит то, что этот сектор, являясь высокодоходной отраслью с огромным лоббистским влиянием, гораздо менее подвержен регулированию в отношении использования и маркетинга недоказанных методов лечения. Так, за последние семь лет в России существенно выросло доверие к гомеопатии. Об этом свидетельствует недавнее исследование Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ)[39]. Причем, среди тех, кто принимает гомеопатические препараты, 31% пациентов делает это по назначению врача государственной системы здравоохранения.

По данным другого опроса, проведенного в июне 2025 г. порталом «Врачи РФ»[40], из 46% врачей, назначавших гомеопатические препараты, 13% делают это из-за наличия лекарств в клинических рекомендациях, столько же искренне верят в эффект такой терапии; 5% врачей рекомендуют гомеопатию, но предупреждают о ее сомнительной эффективности; 15% респондентов назначают препараты по просьбе пациентов. При этом 48% врачей были уверены в пользе гомеопатии из-за эффекта плацебо, и лишь 36% опрошенных отрицали какие-либо эффекты гомеопатических препаратов, считая их пустышками, а 84% врачей не считали гомеопатию полезной в лечении заболеваний. Интересно, что более половины (51%) опрошенных считали, что гомеопатическим и подобным им средствам не место в клинических рекомендациях, однако 31% высказались за их присутствие в рекомендациях Минздрава, а еще 14% респондентов хотели бы видеть гомеопатические препараты в клинических рекомендациях ради спокойствия врачей и пациентов.

Сходство между научной (доказательной) и альтернативной медициной существует лишь в том, что и одна, и другая связаны с медициной, в остальном – они противоположны. Доказательная медицина – это подход к диагностике и лечению, при

[39] ВЦИОМ, Отношение населения к гомеопатии. https://wciom.ru/presentation/prezentacii/otnoshenie-naselenija-k-gomeopatii.

[40] Врачи РФ. 46% врачей назначают гомеопатические препараты. https://vrachirf.ru/company-announce-single/174134?utm_source=vrch&utm_medium=dstr_31&utm_campaign =msg_24186

котором специалист опирается на результаты клинических исследований. В основе доказательной медицины лежит проверка эффективности и безопасности методик диагностики, профилактики и лечения (в том числе применяемых препаратов) в клинических исследованиях. Альтернативная медицина – условное понятие, которое объединяет различные способы диагностики, предупреждения и лечения болезней человека, эффективность которых при конкретной патологии не доказана в ходе клинических испытаний, либо, напротив – доказана их неэффективность [1].

Если определить Альтернативную медицину более точно, это любая практика, направленная на изменение состояния здоровья человека, игнорирующая при этом биологическую достоверность, тестируемость, воспроизводимость или иные доказательства своей эффективности. Также можно сказать, что это собирательное название методов, которые предлагаются для лечения или предотвращения болезней, но не подкреплены научными доказательствами их эффективности и безопасности.

Альтернативная медицина в массе своей опирается на феномены, существование которых не только не доказано, но и часто несовместимо с принципами современной науки, а лечение по её методам способно негативно повлиять на здоровье пациентов, в том числе из-за отказа от клинических методов лечения. Если методы альтернативной медицины используют совместно с общепринятыми, такую практику называют комплементарной медициной (от англ. complementary — дополняющий). Во многих странах принят термин «комплементарная и альтернативная медицина» (Complementary and Alternative Medicine, CAM), объединяющий комплементарные и альтернативные практики в общее понятие [1, 2].

Принципиальны различия между доказательной и альтернативной медициной – и в подходах, и в принципах. Доказательная медицина основана на использовании достоверных научных доказательств эффективности лекарств и медицинских манипуляций. Основной принцип доказательной медицины — любое клиническое решение должно быть обосновано доказательствами, которые могут быть проверены независимыми исследователями. Альтернативная медицина включает в себя методы, которые не имеют чётких научных обоснований и базируются на псевдонаучных теориях, на мало проверяемых и вообще непроверяемых утверждениях, либо на псевдонаучной мифологии. То есть, доказательная медицина ориентирована на применение проверенных и обоснованных методов, в то время как альтернативная медицина включает в себя разнообразные методы, которые не имеют достаточной доказательной базы и могут быть небезопасны.

В области научного медицинского знания в настоящее время происходит медленная трансформация привычного нам понятия «доказательная медицина» в понятие «научная (научно-обоснованная) медицина». Научно-обоснованная медицина, как современный подход в области критического научного мышления, не противостоит доказательной медицине, а дополняет и развивает её. При этом термин «научно-обоснованная» медицина предполагает, что в некоторых случаях собственно доказательная медицина является неполной в плане сбора и учета доказательств, к чему есть основания.

Абсолютное большинство исследователей и организаторов науки согласны с тем, что крупные рандомизированные клинические исследования (РКИ) являются лучшими инструментами для предупреждения предвзятости в испытаниях новых и

перспективных методов лечения. РКИ демонстрируют свою эффективность для опровержения заявлений о лечении, основанных исключительно на физиологии, исследованиях на животных, небольших испытаниях на людях, клиническом суждении или чем-либо еще. При этом существуют некоторые ситуации, в которых РКИ не следует использовать по логистическим, этическим или другим причинам, поскольку они не дадут полезной информации, даже если их попытаться провести.

Одним из наиболее важных результатов современного развития научного знания в медицине стало признание того факта, что даже высокая априорная вероятность не всегда достаточна для определения полезности того или иного метода лечения. При этом, хотя такая вероятность сама по себе может быть недостаточной основой для включения лечения в общее использование, её учет необходим. То есть, как по научным, так и по этическим причинам, она должна являться предпосылкой для проведения РКИ на людях.

Понятно, что доказательная медицина не должна обходиться без учета априорной вероятности, законов физики или простого здравого смысла. В идеале научно-обоснованная медицина и доказательная медицина должны не только быть взаимодополняющими, но и стать синонимами.

Однако доказательная медицина пока не соответствует таким идеалам. Большинство её проблем связано со внутренними ограничениями существующих методов научной доказательности. Так, некоторые обзоры Cochrane, указывающие на потенциальную клиническую ценность инертных методов лечения, были опровергнуты фундаментальной наукой. А привычная нам иерархия уровней доказательности периодически приводит к тому, что потенциально неприемлемые (опасные или неприятные) методы лечения становятся желаемыми для исследователей при изучении в форме РКИ, когортных исследований или серий случаев, даже когда существующие клинические доказательства или, тем более, данные фундаментальной науки являются более чем достаточными, чтобы предотвратить такие начинания.

Современный стандарт признания любого лечения требует наличия научных доказательств безопасности и эффективности в справедливом сравнении нового лечения с традиционно используемым. Такие доказательства, когда они широко распространены, приводят к изменениям в клинической практике и в конечном итоге принося пользу пациентам. Однако отсутствие клинического испытания не опровергает потенциальную эффективность, а хорошо проведенное, но слишком небольшое «отрицательное» испытание может не иметь силы исключить небольшую или умеренную фактически существующую пользу терапии. Другими словами, отсутствие доказательств эффективности не является доказательством отсутствия эффективности.

В контексте доказательная медицины, априорная правдоподобность становится все менее и менее важной. Цель доказательной медицины – установить, работает ли лечение, а не как оно работает или насколько правдоподобно, что оно может работать. Главным инструментом для выяснения работоспособности лечения является РКИ. Очевидно, что принципы доказательной медицины и априорной правдоподобности могут порой конфликтовать. При этом, когда РКИ проводятся на неэффективных методах лечения с низкой априорной вероятностью, они, как правило, не дают просто «отрицательных» результатов (как предполагает большинство врачей). Они, как правило, в совокупности дают двусмысленные результаты, которые затем

преподносятся сторонниками как доказательства в пользу таких методов лечения или, по крайней мере, в пользу большего количества испытаний.

Именно в этом заключается парадокс, когда сегодня в качестве сторонников методов научной доказательности и доказательной медицины часто начинают выступать представители альтернативной медицины. На сегодняшний день РКИ, как бы хороши они ни были в минимизации предвзятости или случайных отклонений от параметров популяции, никогда не могут сами по себе обеспечить объективные меры истины, поэтому все еще остается достаточно места для построенных на их результатах ошибочных выводов.

В этой связи особый представляет интерес оценка приверженности методам научной и альтернативной медицины, причем не только у пациентов, но и у медицинских и научных работников.

Поскольку положенная в основу КОП-25 расчётная модель показала свою эффективность в оценке приверженности лечению, на её основе был разработан первый инструмент, направленнный на выявление приверженности респондентов научной и альтернативной ей медицине. Мы считаем такое направление исследований полезным и перспективным, поскольку выявление отношение пациента к предлагаемым ему медицинским вмешательствам (в части принятия, либо непринятия их) важно для выработки индивидуализированного врачебного подхода, а вера и убеждения пациента способны значимо влиять на итоговый результат [3].

При разработке новых опросников в фокус-группах различных возрастных и профессиональных групп респондентов были выделены и протестированы формулировки вопросов, позволяющих оценить лояльность к отдельным положениям научной медицине и альтернативным ей практикам. Затем вопросы были ранжированы по рейтингу в соответствии с моделью (более подробное ее описание представлено в кн.; Николаев Н.А. «Система комплексной оценки приверженности в медицине КОП-25: Авторское руководство для врачей и исследователей») [2].

Оценка приверженности научной медицине

Базовая анкета опросника КОП-25 (2.1) содержит 25 вопросов и состоит из двух условных частей: «Важность научной медицины» и «Готовность следовать научной медицине». На каждый вопрос анкеты имеется 6 вариантов ответов, оцениваемых в баллах. Вес каждого балла аналогичен указанным для расчёта приверженности лечению.

Первая часть включает 15 вопросов, позволяющих определить важность для респондента проблем и критериев: важность научных знаний (вопросы 2, 3, 4, 6, 14); важность научных убеждений (вопросы 1, 5, 10, 11, 13); важность научных представлений (вопросы 7, 8, 9, 12, 15).

При подсчёте баллы суммируют, рассчитывая показатели: важность научных знаний (importance of scientific knowledge– IK); важность научных убеждений (importance of scientific beliefs - IB); важность научных представлений (importance of scientific ideas – II). Для каждого расчетного показателя минимально возможное количество баллов составляет 5, а максимально возможное – 30.

Индекс важности научной медицины (Index of importance of scientific medicine – IS) рассчитывают, как простую арифметическую сумму всех набранных баллов. Его диапазон составляет от 15 до 90 баллов.

Вторая часть опросника включает 10 вопросов, которые позволяют оценить степень готовности респондента к выполнению вмешательств. Эти вопросы также объединены в 3 блока: готовность действовать на основании научных знаний (вопросы 16, 17, 18, 20, 21); готовность действовать на основании научных убеждений (вопросы 16, 19, 20, 24, 25); готовность действовать на основании научных представлений (вопросы 19, 22, 23, 24, 25).

При подсчёте баллы суммируют, рассчитывая показатели: готовность действовать на основании научных знаний (willingness to act on the basis of scientific knowledge – WK); готовность действовать на основании научных убеждений (willingness to act on the basis of scientific beliefs – WB); готовность действовать на основании научных представлений (willingness to act on the basis of scientific ideas – WI). Минимально возможное количество баллов составляет 5, а максимально возможное – 30.

Индекс готовности к научной медицине (index of readiness for scientific medicine - WS) рассчитывают, как простую арифметическую сумму набранных баллов. Его диапазон составляет от 15 до 90 баллов.

Визуально первую и вторую части анкеты не разделяют.

Расчет показателей

Приверженность научным знаниям

$$SK = 200 \div [(30 \div IK) \times (60 \div WK)] \quad , \qquad (1)$$

где **SK** – приверженность научным знаниям, усл. %;
IK – важность научных знаний, балл;
WK – готовность действовать на основании научных знаний, балл.

Приверженность научным убеждениям

$$SB = 200 \div [(30 \div IB) \times (60 \div WB)] \quad , \qquad (2)$$

где **SB** – приверженность научным убеждениям, усл. %;
IB – важность научных убеждений, балл;
WB – готовность действовать на основании научных убеждений, балл.

Приверженность научным представлениям

$$SI = 200 \div [(30 \div IS) \times (60 \div WS)] \quad , \qquad (3)$$

где SI – приверженность научным представлениям, усл. %;
IS – важность научных представлений, балл;
WS – готовность действовать на основании научных представлений, балл.

Приверженность научной медицине

$$SM = (SI + 2SB + 3SK) \div 6 \quad , \qquad (4)$$

где SM – приверженность научной медицине, усл. %
SI – приверженность научным представлениям, усл. %;
SB – приверженность научным убеждениям, усл. %;
SK – приверженность научным знаниям, усл. %.

Рекомендуется в научных исследованиях применять точность с округлением до второго знака после запятой, в медицинской практике допустимо использовать округление до целых значений. Также выделяют три уровня приверженности, соответствующие диапазонам, используемым в настоящем руководстве: «высокий» (диапазон значений 75% и более), «средний» (диапазон значений от 50% до 75%) и «низкий» (диапазон значений менее 50%) [4–6].

Повысить точность прогноза приверженности можно рассчитав коэффициент предикции. Его вычисляют как отношение полученного значения соответствующего показателя готовности к полученному значению соответствующего показателя важности. Коэффициент предикции предоставляет врачу и исследователю дополнительную информацию об увеличении или уменьшении вероятности того, что респондент будет следовать рекомендованным ему действиям.

Интерпретация коэффициента предикции: при значении показателя 1,0 и более вероятность того, что респондент будет придерживаться рекомендаций в области научной медицины увеличивается, при значении показателя менее 1,0 – уменьшается.

КОП-25 – 2.1.1. Приверженность научной медицине

Выберите наиболее близкий вам вариант ответа на каждый вопрос

вопросы	баллы / варианты ответов					
	1	2	3	4	5	6
1. Насколько для Вас важно, привержен ли Ваш врач научной (доказательной) медицине?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно	Скорее важно	Достаточно важно	Очень важно
2. Синтетические лекарства почти всегда опаснее природных. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
3. Вакцинация часто бывает вредна, поэтому от неё лучше отказываться, или применять только в крайнем случае. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
4. Капельницы и уколы помогают лучше, чем таблетки. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
5. Антибиотики при простуде помогают быстрее выздороветь. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
6. Научная медицина плоха тем, что не учитывает уникальность здоровья конкретного больного. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
7. Организм всегда сам подскажет, что будет лучше для моего здоровья. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
8. Личный опыт врача важнее того, что написано в руководствах и рекомендациях. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
9. Если полезное действие препарата я никак не ощущаю, а в инструкции указаны побочные эффекты, такой препарат лучше не принимать. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет

10. Современная доказательная медицина прежде всего обслуживает интересы производителей лекарств, а не пациентов. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
11. Чтобы избежать инфекционных болезней, вместо вакцинации лучше закаливать организм и принимать улучшающие иммунитет средства. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно	Скорее важно	Достаточно важно	Очень важно
13. Антибиотики опасны, потому надо прекращать их прием сразу после того, как стало лучше, а не принимать весь назначенный срок. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
14. Только я могу оценить, подходит мне лекарство или нет. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
15. Биологически активные добавки к пище (БАД) почти всегда так же эффективны как лекарственные препараты, но гораздо безопаснее их. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
16. Если врач назначит Вам только синтетические лекарства, будете ли Вы их принимать?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
17. Если врач предложит Вам вакцинироваться, будете ли Вы выполнять эту рекомендацию?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
18. Если врач откажется назначать Вам капельницы, объясняя это «доказательной медициной», будете ли Вы довольны таким лечением?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
19. Если врач откажется назначать Вам антибиотики при простуде, станете ли Вы принимать их самостоятельно?	Обязательно буду	Вероятнее всего буду	Скорее буду	Скорее не буду	Вероятнее всего не буду	Ни за что не буду
20. Если у Вас возникнет ощущение, что назначенные лекарства не подходят, будете ли Вы без совета с врачом прекращать их прием?	Обязательно буду	Вероятнее всего буду	Скорее буду	Скорее не буду	Вероятнее всего не буду	Ни за что не буду

21. Если врач рекомендует изменить привычки и образ жизни, объясняя это «доказательной медициной», будете ли Вы это делать?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
22. Выбирая между природными БАД и синтетическими лекарствами, будете ли Вы принимать только БАД, а не такие лекарства?	Обязательно буду	Вероятнее всего буду	Скорее буду	Скорее не буду	Вероятнее всего не буду	Ни за что не буду
23. Будете ли Вы длительно принимать лекарство с указанными в инструкции побочными эффектами, если его лечебное действие никак не ощущаете?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
24. Будете ли Вы продолжать приём антибиотиков до конца назначенного срока, если самочувствие заметно улучшится раньше этого срока?	Ни за что не буду	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
25. Будете ли Вы для защиты от инфекций вместо вакцинации принимать иммуномодуляторы и заниматься закаливанием?	Обязательно буду	Вероятнее всего буду	Скорее буду	Скорее не буду	Вероятнее всего не буду	Ни за что не буду

Оценка приверженности альтернативной медицине

Базовая анкета опросника КОП-25 (2.2) содержит 25 вопросов и состоит из двух условных частей: «Важность научной медицины» и «Готовность следовать научной медицине». На каждый вопрос анкеты имеется 6 вариантов ответов, оцениваемых в баллах. Вес каждого балла аналогичен указанным для расчёта приверженности лечению.

Первая часть включает 15 вопросов, позволяющих определить важность для респондента проблем и критериев: важность знаний, альтернативных научным (вопросы 2, 3, 4, 6, 14); важность убеждений, альтернативных научным (вопросы 1, 5, 10, 11, 13); важность представлений, альтернативных научным (вопросы 7, 8, 9, 12, 15).

При подсчёте баллы суммируют, рассчитывая показатели: важность знаний, альтернативных научным importance of alternative scientific knowledge– AK); важность убеждений, альтернативных научным (importance of alternative scientific beliefs - AB); важность представлений, альтернативных научным (importance of alternative scientific ideas – AI). Для каждого расчетного показателя минимально возможное количество баллов составляет 5, а максимально возможное – 30.

Индекс важности альтернативной медицины (index of importance of alternative medicine – AS) рассчитывают, как простую арифметическую сумму всех набранных баллов. Его диапазон составляет от 15 до 90 баллов.

Вторая часть опросника включает 10 вопросов, которые позволяют оценить степень готовности респондента к выполнению вмешательств. Эти вопросы также объединены в 3 блока: готовность действовать на основании знаний, альтернативных научным (вопросы 16, 17, 18, 20, 21); готовность действовать на основании убеждений, альтернативных научным (вопросы 16, 19, 20, 24, 25); готовность действовать на основании представлений, альтернативных научным (вопросы 19, 22, 23, 24, 25).

При подсчёте баллы суммируют, рассчитывая показатели: готовность действовать на основании знаний, альтернативных научным (willingness to act on the basis of knowledge alternative to scientific knowledge – BK); готовность действовать на основании убеждений, альтернативных научным willingness to act on the basis of beliefs alternative to scientific – BB); готовность действовать на основании представлений, альтернативных научным (willingness to act on the basis of beliefs alternative to scientific – BI). Минимально возможное количество баллов составляет 5, а максимально возможное – 30.

Индекс готовности к альтернативной медицине (index of readiness for alternative medicine - BS) рассчитывают, как простую арифметическую сумму набранных баллов. Его диапазон составляет от 15 до 90 баллов.

Визуально первую и вторую части анкеты не разделяют.

Расчет показателей

Приверженность знаниям, альтернативным научным

$$NK = 200 \div [(30 \div AK) \times (60 \div BK)] \quad , \qquad (5)$$

где **NK** – приверженность знаниям, альтернативным научным, усл. %;
AK – важность научных знаний, балл;
BK – готовность действовать на основании научных знаний, балл.

Приверженность убеждениям, альтернативным научным

$$NB = 200 \div [(30 \div AB) \times (60 \div BB)] \quad , \qquad (6)$$

где **NB** – приверженность убеждениям, альтернативным научным, усл. %;
AB – важность научных убеждений, балл;
BB – готовность действовать на основании научных убеждений, балл.

Приверженность представлениям, альтернативным научным

$$NI = 200 \div [(30 \div AI) \times (60 \div BI)] \quad , \qquad (7)$$

где NI – приверженность представлениям, альтернативным научным, усл. %;
AI – важность научных представлений, балл;
BI – готовность действовать на основании научных представлений, балл.

Приверженность альтернативной медицине

$$NM = (NI + 2NB + 3NK) \div 6 \quad , \qquad (8)$$

где NM – приверженность альтернативной медицине, усл. %
NI – приверженность представлениям, альтернативным научным усл. %;
NB – приверженность убеждениям, альтернативным научным, усл. %;
NK – приверженность знаниям, альтернативным научным усл. %.

Рекомендуется в научных исследованиях применять точность с округлением до второго знака после запятой, в медицинской практике допустимо использовать округление до целых значений. Также выделяют три уровня приверженности, соответствующие диапазонам, используемым в настоящем руководстве: «высокий» (диапазон значений 75% и более), «средний» (диапазон значений от 50% до 75%) и «низкий» (диапазон значений менее 50%) [4-6].

Повысить точность прогноза приверженности можно рассчитав коэффициент предикции. Его вычисляют как отношение полученного значения показателя готовности к полученному значению соответствующего показателя важности. Коэффициент предикции предоставляет врачу и исследователю дополнительную информацию об увеличении или уменьшении вероятности того, что респондент будет следовать рекомендациям.

Интерпретация коэффициента предикции: при значении показателя 1,0 и более вероятность того, что респондент будет придерживаться действий в области альтернативной медицины увеличивается, при значении показателя менее 1,0 – уменьшается.

КОП-25 – 2.2.1 Приверженность альтернативной медицине

Выберите наиболее близкий вам вариант ответа на каждый вопрос

вопросы	баллы / варианты ответов					
	1	2	3	4	5	6
1. Для лечения следует применять любые известные методики, включая методики альтернативной медицины. Вы согласны с этим утверждением?	Нет	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
2. Акупунктуру, иглоукалывание и иглорефлексотерапию применяют несколько тысяч лет, потому это проверенный и нужный вид лечения. Вы согласны с этим утверждением?	Нет / не знаю об этом	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
3. Гомеопатия помогает организму безопасно распознать и победить болезнь, что лучше синтетических лекарств с их многочисленными побочными эффектами. Вы согласны с этим утверждением?	Нет / не знаю об этом	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
4. Биорезонансная терапия улучшает здоровье без применения лекарств, так как исправляет нарушенные процессы саморегуляции в организме. Вы согласны с этим утверждением?	Нет / не знаю об этом	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
5. Остеопатия эффективно помогает восстановить внутренние ритмы и взаимодействие тканей организма, улучшая здоровье без операций и лекарств. Вы согласны с этим утверждением?	Нет / не знаю об этом	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
6. Биоэнергетика, парапсихология и экстрасенсорика, исправляя биополе человека, улучшают здоровье при многих заболеваниях. Вы согласны с этим утверждением?	Нет / не знаю об этом	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
7. Мой организм всегда сам подскажет, что будет лучше для моего здоровья. Вы согласны с этим утверждением?	Да	В основном да	Скорее да	Скорее нет	В основном нет	Нет
8. Электропунктура и метод Фолля выявляют нарушение энергетики организма, который приводит к развитию заболеваний. Вы согласны с этим утверждением?	Нет / не знаю об этом	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да

9. Гомеопатия и релиз-активность, основываясь на памяти воды, обладают хорошей эффективностью и делают лечение безопасным. Вы согласны с этим утверждением?	Нет / не знаю об этом	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
10. Производители лекарств критикуют альтернативную медицину ни ради здоровья людей, а, чтобы сохранить свои доходы. Вы согласны с этим утверждением?	Нет / не знаю об этом	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
11. Натуропатия, используя только свойственные организму продукты, помогает восстановить здоровье человека естественным путем, что лучше, чем лекарствами или вакцинами. Вы согласны с этим утверждением?	Нет / не знаю об этом	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
12. Все люди верят или не верят в бога. Насколько важно для вас верить в бога?	Совершенно не важно	Почти не важно	Скорее не важно	Скорее важно	Достаточно важно	Очень важно
13. Гемосканирование (диагностика по живой капле крови) обнаруживает множество заболеваний, которые не выявляют обычные анализы. Вы согласны с этим утверждением?	Нет / не знаю об этом	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
14. Вакцинация истощает иммунитет, при этом её плохие последствия часто скрывают, а пользу преувеличивают. Вы согласны с этим утверждением?	Нет / не знаю об этом	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
15. Очистка организма от шлаков важна для профилактики болезней и продления жизни. Вы согласны с этим утверждением?	Нет / не знаю об этом	В основном нет	Скорее нет	Скорее да	В основном да	Да
16. Если Вам предложат сеансы акупунктуры (иглоукалывания, иглорефлексотерапии) будете ли Вы их получать?	Нет / не знаю об этом	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
17. Если Вам предложат лечиться гомеопатическими препаратами, будете ли Вы их принимать?	Нет / не знаю об этом	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
18. Если Вам предложат биорезонансную диагностику или терапию, будете ли Вы их получать?	Нет / не знаю об этом	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
19. Если Вам предложат лечение у остеопата, будете ли Вы его получать?	Нет / не знаю об этом	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду

20. Если Вам предложат вакцинироваться, будете ли Вы отказываться от прививки?	Нет / не знаю об этом	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
21. Если Вам предложат сеансы коррекции биополя, будете ли Вы их получать?	Нет / не знаю об этом	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
22. Если Вам предложат процедуры очистки организма от шлаков, будете ли Вы их проходить?	Нет / не знаю об этом	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
23. Если Вам предложат релиз-активные препараты, будете ли Вы их принимать?	Нет / не знаю об этом	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
24. Если Вам предложат сеансы натуропатии (ароматерапию, гирудотерапию и др.) будете ли Вы их получать?	Нет / не знаю об этом	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду
25. Если Вам предложат оценку микроэлементного состава волос или гемосканирование, будете ли Вы их проходить?	Нет / не знаю об этом	Вероятнее всего не буду	Скорее не буду	Скорее буду	Вероятнее всего буду	Обязательно буду

Ограничения опросников приверженности научной и альтернативной медицине

При создании опросников по возможности учитывались их объективные и субъективные ограничения, поэтому при разработке анкет были предприняты дополнительные шаги, направленные на повышение качества создаваемого инструментария, в частности: проведена предварительная рандомизация респондентов пилотных выборок по возрастному и профессиональному критериям; обращено особое внимание каждого респондента пилотных выборок, на то, насколько важно быть искренним и непредвзятым; любой вопрос, не ясный респонденту, обсуждался с профильными экспертами; при составлении опросника были приложены усилия к тому, чтобы сделать все 25 вопросов каждой анкеты легко понимаемым для отвечающих, вне зависимости от наличия либо отсутствия профессиональной подготовки.

В качестве основных ограничений были определены:

1. Риск искажений, связанных с субъективностью восприятия. Пациенты могут неправильно воспринимать симптомы заболевания, преувеличивать или недооценивать интенсивность боли, степень усталости и др., что снижает точность результатов опроса.

2. Риск искажений, связанных с особенностями психологического состояния респондентов. Эмоциональное состояние пациента во время заполнения анкеты (стресс, депрессия, тревога) способны оказывать влияние на полученные результаты, искажая восприятие и оценку реального самочувствия.

3. Риск искажений, связанных с следованием парадигмальным установкам. Искажение результатов, связанная с невозможностью дифференцировать совокупность их личных представлений, сформировавшихся под влиянием индивидуальной среды и личного опыта, от совокупности личных представлений, сформировавшихся под влиянием социума.

4. Риск искажений, связанных с культурными различиями восприятия и интерпретации взглядов на окружающую действительность. Представители различных культур имеют разные представления об окружающем мире, что влияет на восприятие пациентами действительности и может исказить выявление взглядов, отличающихся от разделяемых большинством социума.

5. Риск искажений, связанных с непреднамеренными или намеренными ошибками респондентов. Часть опрашиваемых может отвечать случайным образом или намеренно искажать информацию, в том числе ради определенных целей, включая получение предполагаемых выгод от конкретного результата анкетирования.

6. Риск искажений, связанных с языковыми барьерами. При проведении исследований у респондентов, не являющихся изначальным носителем языка опросника (русский), а также при использовании возможных переводов оригинального опросника на другие языки, существует риск проблем интерпретации и применения терминов и понятий, что ведет к потере точности и достоверности данных.

7. Риск искажений, связанных с неправильной интерпретацией результатов анкетирования исследователями. Интерпретация результатов должна проводиться специалистами, обладающими знаниями об особенностях применяемых методик обследования.

8. Недостаток времени или ресурсов, необходимых для заполнения опросников и/или последующей обработки данных. Заполнение и обработка большого объема информации требует значительных временных затрат или разработки специализированных компьютерных программ, обеспечивающих автоматизацию процесса анализа данных.

К дополнительным ограничениям оценки приверженности научной и альтернативной медицине следует относить: отсутствие независимых исследований с использованием данного опросника; отсутствие публикаций с оценкой технических характеристик шкалы; возможное смещение результатов, связанное с образовательным уровнем, социальным статусом и убеждениями респондентов.

Литература

1. Николаев, Н. А. Путеводитель по научной и альтернативной медицине : [электрон. рес.] : учебное пособие / Н. А. Николаев. Текстовое (символьное) электронное издание. Новокузнецк : «Знание-М», 2025. 398 с. ISBN 978-5-00255-394-5. DOI 10.38006/00255-394-5.2025.1.398.

2. Николаев Н. А. Система комплексной оценки приверженности в медицине КОП-25: Авторское руководство для врачей и исследователей / Н. А. Николаев. М.: Изд. Дом «Академия Естествознания», 2024. 100 с. ISBN 978-5-91327-793-0. DOI 10.17513/np.595. EDN TJVRZH.

3. Оценка важности веры — как возможный предиктор приверженности лечению. Кашева К.А., Липперт В.Н., Голендяева П.И., Скирденко Ю.П., Федорин М.М., Горбенко А.В., Андреев К.А., Николаев Н.А. Научный вестник Омского государственного медицинского университета. 2022. Т. 2. № 3 (7). С. 4–11.

4. Приверженность лечению: Российское национальное руководство / Н. А. Николаев, А. И. Мартынов, Ю. П. Скирденко [и др.]. М.: Изд. Дом «Академия Естествознания», 2022. 224 с. ISBN 978-5-91327-746-6. DOI 10.17513/np.541. EDN VMWTIF.

5. Приверженность лечению. Российское национальное руководство. Краткое издание для практических врачей. Н. А. Николаев, А. И. Мартынов, Ю. П. Скирденко [и др.]. Терапия. 2023;9(S1, 63):1–108.

6. Приверженность в клинической практике: Международное методическое руководство / Н. А. Николаев, А. И. Мартынов, Ю. П. Скирденко [и др.]. М.: Издательский Дом «Академия Естествознания», 2023. 228 с. ISBN 978-5-91327-776-3. DOI 10.17513/np.573. EDN CALUFJ.

Заключение

Концепция 6П-медицины только начинает свое движение в профессиональную научную и медицинскую среду. Её основные подходы, изложенные в этих двух томах, демонстрируют лишь малую часть направлений развития и реализации возможностей, целью которых является дальнейшее улучшение здоровья человека.

Одной из важнейших задач современной медицины является основанное на индивидуальном учете приверженности пациентоориентированное развитие коммуникации при оказании всех видов медицинской помощи, в первую очередь – внедрение современных форматов такой коммуникации между медицинскими работниками, пациентами и их семьями. Диагностический процесс должен ответить на вопрос, вся ли необходимая информация собрана, качественно ли она собрана, и во многих случаях ответы на эти вопросы будут неполными, без учета индивидуальной приверженности пациента.

Зрелость системы медицинской помощи характеризуется высокой культурой безопасности медицинской деятельности, основанной на принципах прозрачности, взаимного доверия и подотчетности, с регулярной оценкой неблагоприятных событий, рисков, и на этой основе – со своевременным предупреждением и коррекцией проблем. Безопасность пациентов – это основа качества медицинской помощи. Выбор правильной тактики ведения ухода, проведения самой процедуры, оснащение медицинских организаций – все это является ключевой составляющей безопасности и качества медицинской помощи.

Говоря о составляющей безопасности жизни человека, мы выделяем безопасность начала жизни (включая планирование семьи и рождение ребенка), безопасное развитие, жизнедеятельность на этапах взросления, безопасные условия и окружение семьи для реализации активного долголетия. Мы больше не акцентируем внимание на выделении дискретных периодов жизни человека. Здоровье, долголетие и реализация возможностей в социальной среде – это единый процесс.

К ключевым компонентам безопасности медицинской деятельности традиционно относят создание благоприятной окружающей среды, идентификацию пациентов, учет и предотвращение неблагоприятных событий, лекарственную безопасность, рациональную коммуникацию. И ни один из этих компонентов сегодня не может быть эффективно реализован без учета приверженности пациентов медицинскому сопровождению, лекарственной терапии и модификации образа жизни. При этом усилий только лишь системы здравоохранения недостаточно. Необходимо межотраслевое взаимодействие, в центре которого находится человек. Важно, чтобы каждый, включая всех наших пациентов, знал и соблюдал правила безопасной жизни и поведения.

Ключевая задача – переход к сознательному управлению здоровьем. Наша общая стратегия при смене парадигмы мышления – перейти от просто лечения и рекомендаций по профилактике к тому, чтобы научить и пациента, и врача управлять здоровьем. Эта стратегия является приоритетной, и в её основе должен находиться анализ и учет приверженности.

Этому во многом могут помочь системы поддержки врачебных решений и интеллектуальные ассистенты. Если ранее информация о пациенте поступала лишь во

время его визитов в амбулаторно-поликлинические учреждения или в период стационарного лечения, то сегодня горизонт наблюдения значительно расширился благодаря персональным медицинским помощникам: «умным» часам и кольцам, матрасам, весам, сенсорам и т.д. Они позволяют получать массу данных о состоянии здоровья человека вне стен кабинета, часто – круглосуточно и в реальном времени. Такие данные являются ценным ресурсом для врача и для системы здравоохранения. Необходимо формировать в едином цифровом контуре «петли данных» между пациентами и системой здравоохранения, интегрирующие сведения о наследственности, экологии, оказании медицинской помощи, образе жизни и приверженности.

Трансформация отношений «врач-пациент» становится ключевым трендом и включает несколько моделей. Самая эффективная из них – это модель взаимного равноправного участия, в которой пациент рассматривается как эксперт в своих целях и жизненном опыте, а роль врача заключается в том, чтобы выяснить цели пациента и помочь ему достичь их, в том числе через доверие и взаимопонимание. Это естественно, потому что основной ресурс системы здравоохранения составляют люди, а не технологии. Какие бы ни строились поликлиники и больницы, какими бы высокотехнологичными изделиями и оборудованием они ни оснащались, самый главный ресурс – это медицинские работники, их вовлеченность в процессы, командная работа, безопасное поведение.

Тесно связанной с этим положением темой является современное обучение медицинских работников. Вопросы эффективного лечения и безопасности пациентов начинаются с внимания ко всем элементам медицинской среды. Но в условиях стремительного развития медицинской науки ключевым инструментом стандартизации и минимизации рисков становятся клинические рекомендации. Повышению качества медицинской помощи способствует подготовка медицинских кадров в системе непрерывного медицинского образования на основе актуальных и постоянно совершенствуемых клинических рекомендаций. Они не являются каким-то застывшим, один раз и навсегда принятым документом. Клинические рекомендации должны развиваться, основываясь на последних научных достижениях, и включать все прогрессивное, доказавшее свою эффективность. Лечение и профилактика на основе приверженности должны найти в них свое отражение. Таким подходам необходимо обучать как студентов, так и действующих медицинских работников.

Постоянный приоритет здравоохранения – увеличение продолжительности здоровой жизни при замедлении или предотвращении развития болезней, в первую очередь, за счет улучшения биологического показателей возраста и борьбы с неблагоприятными проявлениями старения. Уже в 2025 г. 35,5 млн россиян (а это почти четверть населения страны), находится в возрасте старше 60 лет. Прогнозы свидетельствуют, что к 2046 г. эта доля превысит 30%. При этом непрерывно растет бремя болезней.

Будущий прогресс в отношении продолжительной и качественной жизни все больше будет зависеть от результатов борьбы с новообразованиями, которые во многих странах стали основной причиной смерти. Здесь влияние на продолжительность жизни пока не столь впечатляющее, как в случае с кардиоваскулярной революцией. Так, в ежегодном отчете о глобальных данных по раку, более 2000 исследователей из программы Global Burden of Disease (GBD)[41] делают тревожные выводы: в период с

[41] Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023). Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2025.: ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-2023-global-cancer-forecasts-2024-2050

1990 по 2023 гг. число новых случаев рака увеличилось более чем вдвое, достигнув в 2023 г. 18,5 млн. человек. За тот же период число смертей выросло на 74%, достигнув 10,4 млн. GBD прогнозирует, что в 2050 г. рак будет диагностирован у 30,5 млн. человек, из которых 18,6 млн умрут от него, что соответствует росту на 61% и 75% соответственно. И это несмотря на прогресс в лечении и усилия по борьбе с факторами риска. Одним из основных факторов, вызывающих этот рост, является старение.

Изменение возрастной структуры популяций в разных странах имеет и свои особенности, и общие закономерности. Так, хотя смертность от новообразований снизилась и продолжает снижаться среди мужчин, а у женщин она еще ниже, в последние годы среди них она снижается медленнее из-за роста числа онкологических заболеваний, связанных с курением. В поколении женщин, родившихся в 1930-е годы, многие курили в период с 1950 по 1980 г., и теперь, спустя несколько десятилетий, они страдают от последствий[42]. Замедление темпов роста продолжительности жизни в последние десять лет является признаком того, что влияние кардиоваскулярной революции, вероятно, тоже исчерпывается. Поэтому развитие медицины долголетия – требование времени.

С одной стороны, старение – это естественный физиологический процесс, с другой – именно оно становится причиной большинства хронических заболеваний. Современный подход Минздрава России заключается в переосмыслении отношения к старению не как к норме, а как к процессу, требующему управления возрастом. Биологический возраст – это комплексный показатель, который может отличаться от хронологического возраста на десятки лет. Оценивая истинный биологический возраст, мы получаем мощнейший инструмент для управления собственным здоровьем. Геропротективные технологии – следующий шаг развития системы здравоохранения в этом направлении.

Современная персонализированная концепция активного и здорового долголетия 6С, на которой основывается современная система здравоохранения, включает 6 своих локальных приоритетов:

- Code (код ДНК): исследование генома человека на протяжении всей жизни для выявления мутаций и предрасположенностей;

- Core (ядро): реализация фенотипа путем накопления и обработки с помощью ИИ комплекса данных о пациенте;

- Chemistry (химия): мониторинг биохимических процессов в организме в рамках диспансеризации и других обследований; на основе биомаркеров;

- Cell (клетка): анализ состояния клеточной системы в ходе медицинских исследований;

- Context (контекст, образ жизни): использование персональных медицинских помощников, агрегирующих данные о пациенте в режиме реального времени;

- Calculations (вычисления): алгоритмическая обработка собранных данных для выдачи решений по профилактике, лечению и долголетию.

Понятно, что в основе концепции 6С находится теснейшее взаимодействие между системой здравоохранения, медицинскими работниками и конкретными пациентами. И их эффективное взаимодействие также будет невозможным, если не учитывать аспекты приверженности.

[42] Breton D., Belliot N., Barbieri M., Chaput J., d'Albis H. (2024).

Еще одной проблемой общественного здоровья, существенно влияющей на течение многих хронических заболеваний и как следствие – на активное долголетие, является психическое здоровье. Согласно ВОЗ, психическое здоровье – это благополучие, позволяющее людям справляться с жизненными стрессами, реализовывать свои способности, хорошо учиться и работать, а также вносить свой вклад в развитие своего сообщества.

В Концепции психического здоровья в рамках Консенсуса ESC[43] отмечено, что расстройства психического здоровья характеризуются клинически значимыми нарушениями когнитивных функций, эмоциональной регуляции или поведения человека, обычно взаимосвязанными с дистрессом и нарушениями в важных областях функционирования. Часто они включают тяжелые психические заболевания, характеризующиеся значительным снижением уровня психосоциального функционирования.

Психическое здоровье и расстройства психического здоровья разнонаправленно влияют на сердечно-сосудистое здоровье, которое наряду с онкологическими проблемами относятся к наиболее важным факторам продолжительности жизни. Как острые сердечно-сосудистые события, так и хронические ССЗ влияют на психическое здоровье, усугубляя ранее существовавшие расстройства психического здоровья или вызывая появление новых. Сочетание ССЗ и психических расстройств может взаимодействовать, ухудшая как психическое здоровье, так и прогноз ССЗ. Пациенты с психическими расстройствами часто находятся в наиболее неблагоприятном положении, испытывая социальные и экономические трудности, а также сталкиваясь со стигматизацией, стереотипами и предрассудками, они более уязвимы и с меньшей вероятностью получат те же диагностические и лечебные манипуляции, что и пациенты, не страдающие психическими расстройствами. Для таких пациентов приобретает особое значение оценка приверженности лечению не только их самих, но и их законных представителей и попечителей, которые часто обеспечивают основной контроль за их лечением.

Медицина постепенно приходит к понимаю необходимости формирования предиктивной модели здравоохранения, которая сопровождает человека на всех этапах его жизни. Такая модель требует постоянного контроля качества, в том числе и обратной связи с пациентом, на основе инновационного подхода. Для достижения национальных целей в российском здравоохранении системное выстраивание лечебно-диагностических процессов и внедрение механизмов непрерывного улучшения качества на основе инноваций также имеет принципиальное значение.

Как заявил Министр здравоохранения РФ М. А. Мурашко, «Инновации в медицине – ключ к сохранению жизней. Инновации необходимы не только для глобальных научных открытий, но и для ежедневного улучшения качества медицинской помощи. Не обязательно ставить только какую-то самую глобальную цель. Есть технологии, меняющие цивилизацию, которые спасают потенциально сотни миллионов жизней, есть технологии, которые меняют парадигму лечения и те, которые, по сути дела, оказывают существенное влияние на болезнь и спасают тысячи жизней. Все они важны»[44]. Сейчас перед Минздравом стоит задача по созданию и тиражированию лучших прак-

[43] 2025 ESC Clinical Consensus Statement on mental health and cardiovascular disease: developed under the auspices of the ESC Clinical Practice Guidelines Committee». European Heart Journal, 29.08.2025. DOI: 10.1093/eurheartj/ehaf191.

[44] Выступление министра здравоохранения РФ Михаила Мурашко на Всероссийском форуме волонтёров-медиков. Москва, 28 августа 2025 г.

тик, поскольку синергия технологий, науки и образования позволяет двигать медицину вперёд. Наработка практик в области лечения и профилактики на основе приверженности является одной из наиболее значимых.

Все вышеизложенное говорит о том, что лечение и профилактика на основе индивидуального учета приверженности будут вносить свой вклад в улучшение результатов по всем основным целям современного здравоохранения. Авторы Руководства полагают, что как профессиональное и научное сообщество, так и органы управления здравоохранением и наукой, должны сосредоточиться на поддержке следующих направлений.

При оказании лечебной и профилактической помощи, в первую очередь пациентам с хроническими заболеваниями, оценку приверженности лечению следует сделать рутинным методом медицинской практики. В качестве достаточной, то есть не требующей коррекции лечебных или профилактических вмешательств, следует расценивать только высокую приверженность. При этом в большинстве случаев оценивать одну лишь лекарственную приверженность недостаточно. Для повышения эффективности лечебных и профилактических вмешательств необходима комплексная оценка приверженности лекарственной терапии, модификации образа жизни и медицинскому сопровождению у больных, а также аналогичная комплексная оценка потенциальной приверженности у здоровых и лиц, не имеющих симптомов заболеваний или не получающих лечение.

В разрабатываемых в России клинических рекомендациях необходимо предусмотреть разделы, посвященные приверженности лечению и индивидуализации медицинских вмешательств с учетом приверженности. Оценку приверженности необходимо сделать рутинной процедурой при оказании медицинской помощи, и учитывать при контроле качества медицинской помощи. Во всех случаях, когда пациентам с низкой или недостаточной приверженностью необходимы продолжительные вмешательства, связанные с лечением, модификацией образа жизни или медицинским сопровождением, прежде всего следует адаптировать такие вмешательства к выявленной приверженности.

Оценка потенциальной приверженности лечению у лиц, не имеющих клинических проявлений заболеваний или не получающих лекарственную терапию, так же значима, как оценка приверженности лечению у больных, поскольку способна предоставить дополнительные возможности для предупреждения возникновения, прогрессирования и реализации факторов риска соматических заболеваний, и потому должна максимально широко использоваться, прежде всего – как основа для выработки управленческих решений в области профилактики заболеваний, а также как элемент медицины активного долголетия. Если существуют причины, ограничивающие самостоятельное принятие решений пациентом, и за здоровье или лечение отвечают его законные представители, эффективна оценка приверженности этих законных представителей.

Целесообразно оценивать фактическую либо потенциальную приверженность во всех случаях, когда разрабатываются программы профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в первую очередь учащихся школ и гимназий, студентов колледжей и университетов, а также работников всех возрастов. Профилактику ведущих факторов риска, как среди больных, так и среди здоровых, следует основывать на результатах комплексной оценки фактической и потенциальной приверженности. Наибольшее внимание со стороны медицинских работников должно уделяться лицам недостаточно приверженным лечению.

Изучение вопросов приверженности необходимо включать в программы подготовки и усовершенствования медицинских специалистов всех уровней, как студентов медицинских колледжей, факультетов и университетов, так и практикующих врачей, а также педагогов, их обучающих.

При организации клинических исследований лекарственных средств, методов или способов лечения, фактическая и потенциальная приверженность должны быть одними из факторов отбора для включения в исследование. В такие исследования целесообразно включать только высоко приверженных лечению лиц. Для оценки приверженности в научных исследованиях и клинической практике не следует применять опросники «короткой шкалы», пока не будут получены убедительные независимые доказательства их надежности.

Авторы Руководства понимают, что 6П-подход – это сложный и многоуровневый процесс, требующий изменения многих годами сложившихся понятий и подходов. Однако доказанная возможность улучшения на этой основе как краткосрочных, так и отдаленных результатов медицинских вмешательств делают движение в этом направлении необходимым.

Авторы с благодарностью примут все замечания и предложения читателей. Простим направлять их на электронную почту niknik.67@mail.ru.

Научное издание

Н. А. Николаев, С. Н. Авдеев, В. Г. Акимкин., Г.П. Арутюнов, Л. А. Ашрафян, А. М. Бабунашвили, Л. А. Балыкова, О. Л. Барбараш, А. М. Беляев, В. В. Бенберин, И. П. Бобровницкий, Н. А. Бохан, Н. И. Брико, А. В. Важенин, Р. Валента, И. А. Васильева, В. Р. Вебер, О. И. Виноградов, Я. В. Власов, А. Л. Гинцбург, А. В. Горелов, С. В. Готье, Н. С. Грачев, А. М. Гржибовский, А. А. Гусейнов, Л. Давидович, Дж. К. Ди Ренцо, О. М. Драпкина, Л. Т. Ералиева., А. А. Зайцев, Д. Г. Иоселиани, Д. Р. Кайдарова, А. В. Караулов, Р. С. Карпов, О. Т. Касымов, Ж. Д. Кобалава, О. П. Ковтун, А. О. Конради, А. А. Кубанов, Л. Б. Лазебник, В. К. Леонтьев, М. А. Ливзан, А. М. Лила, Ю. В. Лобзин, В. Н. Локшин, О. Б. Лоран, И. В. Маев, В. И. Мазуров, В. В. Малеев, А. Г. Мартов, А. О. Марьяндышев, Ж. Массар, С. Т. Мацкеплишвили, Г. А. Мельниченко, А. Г. Мирошниченко, В. В. Моисеев, В. М. Моисеенко, Л. С. Намазова-Баранова, А. Н. Наркевич, Н. Г. Незнанов, В. В. Омельяновский, В. И. Петров, И. В. Поддубная, Ю. С. Полушин, С. В. Попов, Ю. И. Рагино, В. Е. Радзинский, А. Н. Разумов, И. В. Решетов, Г. Е. Ройтберг, Е. В. Ройтман, А. Г. Румянцев, С. А. Румянцев, О. О. Руммо, Л. В. Рычкова, В. И. Скворцова, Ю. П. Скирденко, В. А. Снежицкий, О. Н. Смолин, А. Г. Софронов, Т. Станойкович, М. М. Танашян, Х. П. Тахчиди, О. Н. Ткачёва, В. А. Тутельян, В. В. Фадеев, Е. Г. Фурман, М. Р. Хаитов, О. В. Хлынова, А. Л. Хохлов, М. Ш. Хубутия, К. Шаллер, Ю. Л. Шевченко, О. О. Янушевич, Ю. А. Агафонова, Ф. Т. Агеев, Д. Н. Андреев, К. А. Андреев, А. В. Антипов, А. С. Антонова, А. В. Аталян, В. А. Ахмедов, Р. Р. Ашпаков, Л. Г. Бабичева, А. А. Балабанова, И. А. Беляева, В. Г. Бережной, М. А. Берковская, А. И. Блох, Е. П. Бомбардирова, В. Д. Вагнер, С. Н. Васильева, И. А. Викторова, М. Я. Власов, Н. Л. Власова, И. М. Волошина, И. А. Волчегорский, Т. И. Гайгиев, А. С. Галявич, О. В. Гаус, О. Н. Герасименко, М. В. Георгиади, В. Г. Гомберг, А. В. Горбенко, А. Ю. Горшков,Н. В. Гришечкина, О. Ю. Гурова, Л. Ю. Дроздова, И. В. Друк, А. В. Ершов, Е. В. Ефремова, Н. В. Журкова, А. В. Заборовский, В. С. Задионченко, Т. Д. Захарова, С. К. Зырянов, М. Ф. Калашникова, С. С. Каневская, В. В. Кашталап, С. В. Колбасников, А. С. Колчин, Э. И. Кольгаева, К. О. Кондратьева, О. Ю. Кореннова, Е. Г. Корнетова, М. А. Коротченко, О. В. Корпачева, А. С. Коршунов, А. М. Кочергина, А. Г. Кутихин, Н. П. Кутишенко, О. И. Лебедев, Н. В. Лиходей, Ю. В. Лукина, Н. Б. Лутова, В. Ю. Мареев, С. Ю, Марцевич, Н. Б. Михайлова, Т. Б. Моргунова., О. Л. Морозова, Д. А. Напалков, А. О. Недошивин., Г. И. Нечаева, В. С. Никифоров, Е. И. Никишова, М. К. Орджоникидзе, И. В. Осипова, В. А. Охлопков, Е. Б. Павлинова, О. А. Пасечник, А. В. Пашков, Н. Д. Пеляк, А. Г. Петрова, А. В. Писклаков, О. В. Плотникова, А. В. Погодина, О. И. Понасенко, О. В. Попова, Л. В. Пузырева, А. П. Ребров, Р. А. Розов, И. В. Савельева, Р. И. Сайфутдинов, Л. Р. Селимзянова, Н. В. Семенова, Т. Ю. Семиглазова, Г. Г. Симуткин, А. В. Синеглазова, Н. В. Советкина, М. Ю. Сорокин, В. Л. Стасенко, А. А. Стремоухов, А. Н. Сурков, Е. В. Суркова, Л. В. Сутурина, Г. А. Тавартkиладзе, А. В. Тетенева, С. В. Тихонова. П. Д. Тищенко, Е. А. Токарская, Г. Ф. Тотчиев, В. Н. Трезубов, Р. В. Тулупов, Г. С. Тумян, В. П. Тюрин, Д. С. Ульбашев, Г. М. Усов, Н. В. Устинова, А. Ш. Фахрутдинова, М. М. Федорин, М. В. Федосеенко, В. К. Федяева, Т. В. Фофанова, Е. В. Чебаненко, С. В. Черненко, К. Д. Шаяхметова, Р. Н. Шепель, Н. Г. Ширлина, К. Х. Шоров, А. В. Ягода, С. С. Якушин

ОСНОВЫ 6П-МЕДИЦИНЫ

РОССИЙСКОЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Том 2

Издается в авторской редакции

Издательство «Знание-М»

Издательство «Знание-М» (654029, г. Новокузнецк, Вокзальная 3-47),

e-mail: id_piar@mail.ru

Объем данных – 4,94 Mb

Подписано к использованию: 04.08.2026

Тираж 10 экз. Усл. печ. л. – 18,99. Заказ № 6859.

Издано в научных и учебных целях.