

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



**СОГЛАСИТЕЛЬНЫЙ ДОКУМЕНТ –
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.
УПРАВЛЕНИЕ ЛЕЧЕНИЕМ
НА ОСНОВЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ:
АЛГОРИТМЫ РЕКОМЕНДАЦИЙ
ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ**



УДК 616.1/.9–08:614.253.8

2019-2020 ©

Междисциплинарная Рабочая группа Российского научного медицинского общества терапевтов, Научного Общества Гастроэнтерологов России, Национальной ассоциации специалистов по тромбозам, клинической гемостазиологии и гемореологии, Геронтологического общества при РАН, Российского общества онкогематологов, Российского общества фтизиатров, Общества доказательной неврологии

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

¹ФГБОУ ВО Омский медицинский государственный университет Минздрава России, Омск, Российская Федерация

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

³ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии Минздрава России, Москва, Российская Федерация

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

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

⁶ФГБОУ ВПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, Москва, Российская Федерация

⁷ФГАУ ВО Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Российская Федерация

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

⁹ФГБОУ ВО Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, Челябинск, Российская Федерация

¹⁰ФГБОУ ВО Московский государственный университет пищевых производств, Москва, Российская Федерация

¹¹ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, Казань, Российская Федерация

¹²СПб ГБУЗ Городской герiatricкой медико-социальный центр, Санкт-Петербург, Российская Федерация

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

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

¹⁵ФГБНУ Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии, Москва, Российская Федерация

¹⁶ФГБОУ ВО Московский педагогический государственный университет, Москва, Российская Федерация

¹⁷ФГАУ ВО Российский университет дружбы народов, Москва, Российская Федерация

¹⁸ФГБНУ Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Российская Федерация

¹⁹ФГБОУ ВО Сибирский государственный медицинский университет Минздрава России, Томск, Российская Федерация

²⁰ФГБОУ ВО Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, Российская Федерация

²¹ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России, Тверь, Российская Федерация

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

²³ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, Тюмень, Российская Федерация

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

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

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

²⁷ГБУЗГМ Городская клиническая больница им. С.П. Боткина, Москва, Российская Федерация

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

²⁹ФГБНУ Научный центр неврологии, Москва, Российская Федерация

³⁰ФГБОУ ВО Оренбургский государственный медицинский университет Минздрава России, Оренбург, Российская Федерация

³¹ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, Ростов, Российская Федерация

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

³³ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России, Ставрополь, Российская Федерация

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

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

Научно-методологическое сопровождение Документа осуществляет секция «Приверженность лечению» (Николаев Н.А., e-mail: med@omgm.ru, niknik.67@mail.ru)

Управление лечением на основе приверженности: алгоритмы рекомендаций для пациентов. Междисциплинарные рекомендации 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. // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2020. – Т. 15. – № 4. – С. 461-468.



СОДЕРЖАНИЕ

1	Введение	4
2	Критерии приверженности лечению	5
3	Алгоритмы лечебных стратегий в зависимости от уровня приверженности	6
4	Шаблоны примерных общетерапевтических рекомендаций для пациентов	9
4	Литература	12



1. ВЕДЕНИЕ

С каждым днём накапливается все больше доказательств, свидетельствующих, что приверженность лечению является одним из важнейших факторов успеха терапии, при этом по данным популяционных исследований достаточной приверженностью обладает не более половины пациентов [1, 2, 3]. Исходная приверженность лечению с течением времени снижается у большинства пациентов. Вне зависимости от заболевания, долгосрочная приверженность любому лечению низкая и в большинстве случаев не превышает 50% от теоретически возможной, что совершенно недостаточно для поддержания эффективной терапии. При хронических соматических заболеваниях доля не приверженных лечению больных составляет 20-60% [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11].

Недостаточная приверженность лечению является одной из ведущих причин неэффективной терапии и нежелательных исходов. Наиболее частыми её следствиями являются преждевременная отмена лекарственной терапии и неадекватное следование рекомендациям, при этом назначенную терапию самостоятельно отменяет в течение года каждый второй пациент [12, 13, 14, 15, 16, 17].

Мероприятия, направленные на повышение приверженности, включая специальные образовательные программы, могут обеспечивать значительный краткосрочный и среднесрочный эффект. Вместе с тем с течением времени все они снижают свою эффективность и в отдаленной перспективе малоэффективны или не эффективны [11, 18].

Степень приверженности лечению находится в обратной зависимости от сложности назначенного режима лечения [19]. На приверженность лечению оказывает существенное влияние количество препаратов, назначенных пациенту в связи с проводимой терапией [20, 21, 22]. Повышению приверженности лечению способствуют адаптация приема препаратов к привычкам пациента, предоставление доступных алгоритмов самоконтроля, использование специальных упаковок для дозирования препаратов, проведение мотивационных бесед, обеспечение передачи телеметрической информации из дома пациента, а также улучшение интеграции работников системы здравоохранения с вовлечением в процесс фармацевтов и медицинских сестер, при этом лучший результат дает сочетание этих способов [23, 24, 25, 26].

При лечении крайне важно применять адекватные терапевтические режимы, минимизируя нежелательные эффекты и используя препараты с однократным применением в течение суток, предпочтительно – в виде фиксированных комбинаций [20, 21, 27, 28, 29]. Отсутствие оценки приверженности и её индивидуального учета приводит к тому, что лечение часто назначают пациентам в объеме, которому они не готовы следовать [30, 31, 32].

Управление лечением, базирующееся на оценке индивидуального уровня приверженности [26, 33, 34], может иметь большее влияние на здоровье пациента, чем другие вмешательства, включая модификацию специфической терапии [11, 30, 35, 36].

Основываясь на этих положениях, учитывая индивидуальность возможностей пациентов к самолечению и самоконтролю [37, 38], междисциплинарной рабочей группой разработаны алгоритмы рекомендаций с учетом уровня приверженности пациентов, включающие «оптимальные рекомендации» (основанные на научно-обоснованных стандартах медицинской помощи при достаточной приверженности) и «основные рекомендации» (основанные на минимальных стандартах помощи в условиях недостаточной приверженности) [39].



2. КРИТЕРИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ

Значение показателя приверженности лечению: более 75%

Уровень приверженности лечению: «высокий».

Оценка эффективности вмешательств: медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентов выполняться будут или скорее будут (уровень доказательности: 2B).

Значение показателя приверженности лечению: 50 – 75%

Уровень приверженности лечению: «средний»

Оценка эффективности вмешательств: медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентов выполняться скорее будут, чем не будут (уровень доказательности: 2B).

Значение показателя приверженности лечению: менее 50%

Уровень приверженности лечению: «низкий»

Оценка эффективности вмешательств: медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентов выполняться скорее не будут или не будут (уровень доказательности: 2B).

Критерии предназначены для вопросников количественной оценки приверженности лечению, включающих возможность определения приверженности по шкалам лекарственной терапии, медицинского сопровождения, модификации образа жизни и интегральной приверженности лечению. В качестве базового вопросника количественной оценки приверженности лечению РНМОТ одобрен вопросник КОП-25 [26, 36, 38].

При заболеваниях и состояниях, требующих длительной (постоянной) лекарственной терапии и (или) медицинского сопровождения, в качестве приемлемого (достаточного) следует использовать только количественно измеренный показатель приверженности, превышающий 75%. Любые меньшие значения показателя следует интерпретировать как недостаточные [26, 40].



3. АЛГОРИТМЫ ЛЕЧЕБНЫХ СТРАТЕГИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

Алгоритм лечебной стратегии с учётом приверженности лекарственной терапии

УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ	ХАРАКТЕРИСТИКА	РЕКОМЕНДАЦИЯ
Высокий (достаточный)	Регулярный приём лекарственных препаратов, до трёх раз в сутки включительно, в том числе прием нескольких препаратов одновременно, значительно не снижает готовность пациента к лечению	Лекарственные препараты для регулярного приема целесообразно назначать до трех раз в сутки включительно, в виде фиксированных или нефиксированных комбинаций, либо в их сочетании; после подбора (коррекции) терапии, целесообразен перевод на прием фиксированных комбинаций препаратов
Средний (недостаточный)	Регулярный приём лекарственных препаратов более двух раз в сутки и/или одновременный прием нескольких препаратов значительно снижает готовность пациента к лечению	Лекарственные препараты для регулярного приема целесообразно назначать не более двух раз в сутки, в виде фиксированных или нефиксированных комбинаций, либо в их сочетании; после подбора (коррекции) терапии, предпочтителен перевод на прием фиксированных комбинаций препаратов, при этом общее количество одновременно принимаемых препаратов не должно превышать двух
Низкий (недостаточный)	Регулярный приём лекарственных препаратов, вне зависимости от количества одновременно принимаемых препаратов, значительно снижает готовность к лечению; рекомендация о регулярном приеме лекарственных средств, с частотой два или более раза в сутки и/или одновременном приеме нескольких препаратов неэффективна	Лекарственные препараты для регулярного приема целесообразно назначать не более одного раз в сутки, в виде фиксированных или нефиксированных комбинаций; после подбора (коррекции) терапии, необходим перевод на прием фиксированной комбинации препаратов («1 таблетка в сутки»); в связи с высоким риском неэффективности лечения или развития осложнений нецелесообразно назначение препаратов, требующих длительного титрования или обладающих «синдромом отмены» при пропуске приема



Алгоритм лечебной стратегии с учётом приверженности медицинскому сопровождению

УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ	ХАРАКТЕРИСТИКА	РЕКОМЕНДАЦИЯ
Высокий (достаточный)	Рекомендации по самоконтролю пациентом состояния здоровья и его отдельных параметров эффективны	Программу медицинского сопровождения следует основывать на оптимальной частоте плановых визитов (включая профилактические мероприятия, школы пациентов и пр.), лабораторных и инструментальных исследований
Средний (недостаточный)	Рекомендации по самоконтролю пациентом состояния здоровья и его отдельных параметров умеренно эффективны или малоэффективны	Программу медицинского сопровождения следует основывать на минимально необходимой частоте плановых офисных визитов, с ограничением выполняемых исследований по количеству до минимально достаточного
Низкий (недостаточный)	Рекомендации по самоконтролю пациентом состояния здоровья или его отдельных параметров малоэффективны или не эффективны; профилактические визиты и визиты для планового обследования выполняться скорее не будут, чем будут	Программу медицинского сопровождения следует основывать на обращениях «по требованию», связанных с изменением симптомов заболевания, минимизировав плановые посещения и исследования



Алгоритм лечебной стратегии с учётом приверженности модификации образа жизни

УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ	ХАРАКТЕРИСТИКА	РЕКОМЕНДАЦИЯ
Высокий (достаточный)	Рекомендации по ограничению или отказу от нежелательных привычек (включая курение, употребление алкоголя, избыточное употребление пищи и т.д.) эффективны и могут быть обширными и детализированными	Рекомендации по коррекции привычной диеты (включая модификацию периодичности и структуры питания, отказ или уменьшение употребления отдельных продуктов и т.д.) и режима физических нагрузок (виды, частота, кратность) могут касаться всех сторон здоровья пациента
Средний (недостаточный)	Рекомендации по ограничению нежелательных привычек должны быть конкретными и лаконичными; полный или частичный отказ от таких привычек маловероятен	Рекомендации по коррекции привычной диеты, а также о видах, частоте и кратности физических нагрузок следует представлять в виде конкретной информации; такие рекомендации в первую очередь должны относиться к заболеванию, наиболее значимому в отношении развития опасных осложнений, неблагоприятного прогрессирования или исхода
Низкий (недостаточный)	Рекомендации по ограничению нежелательных привычек целесообразно представлять в виде ограниченного перечня решений и действий, наиболее значимых для снижения жизнеугрожающего риска; полный или частичный отказ от нежелательных привычек следует расценивать как невозможный	Рекомендации по коррекции диеты и физических нагрузок должны быть конкретными и предельно краткими; обширные и детализированные рекомендации по коррекции привычной диеты и физических нагрузок не целесообразны



ШАБЛОНЫ ПРИМЕРНЫХ ОБЩЕТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Примерные рекомендации для пациентов с высоким уровнем приверженности лекарственной терапии

При подавляющем числе заболеваний необходим постоянный приём лекарств. Все лекарства можно разделить на профилактические, которые не дают ухудшаться болезни или предупреждают её осложнения (например, аспирин или антикоагулянты не дают образовываться тромбам), и лечебные, которые борются с самой болезнью (например, прием бета-адреноблокаторов при ишемической болезни сердца снижает потребность сердца в кислороде, а инсулин помогает усвоить сахар при диабете). Для качественного лечения часто нужен приём и тех и других лекарств. Если у Вас несколько заболеваний, для лечения которых Вы принимаете лекарства, обязательно сообщайте об этом каждому врачу, к которому обращаетесь, так как при разных заболеваниях иногда применяются похожие средства, и при одновременном приёме они могут ухудшить самочувствие.

Примерные рекомендации для пациентов со средним уровнем приверженности лекарственной терапии

При многих заболеваниях необходим постоянный приём лекарств. Все лекарства можно разделить на профилактические, которые не дают ухудшаться болезни или предупреждают её осложнения (например, аспирин или антикоагулянты не дают образовываться тромбам), и лечебные, которые борются с самой болезнью (например, прием бета-адреноблокаторов при ишемической болезни сердца снижает потребность сердца в кислороде, а инсулин помогает усвоить сахар при диабете). Для качественного лечения часто нужен приём и тех и других лекарств. Обязательно уточните у врача, приём каких препаратов Вам категорически нельзя прерывать. Если Вы забываете регулярно принимать лекарства или у Вас не всегда есть такая возможность, обязательно предупредите об этом врача и просите его подобрать лекарства таким образом, чтобы принимать их один или два раза в день. Если у Вас несколько заболеваний, для лечения которых Вы принимаете лекарства, обязательно сообщайте об этом каждому врачу, к которому обращаетесь, так как при разных заболеваниях иногда применяются похожие средства, которые при одновременном приёме могут ухудшить самочувствие.

Примерные рекомендации для пациентов с низким уровнем приверженности лекарственной терапии

При многих заболеваниях необходим постоянный приём лекарств. Все лекарства можно разделить на профилактические, которые не дают ухудшаться болезни или предупреждают её осложнения (например, аспирин или антикоагулянты не дают образовываться тромбам), и лечебные, которые борются с самой болезнью (например, прием бета-адреноблокаторов при ишемической болезни сердца снижает потребность сердца в кислороде, а инсулин помогает усвоить сахар при диабете). Для качественного лечения часто нужен приём и тех и других лекарств. Обязательно уточните у врача, какие лекарства Вам жизненно необходимы и приём каких препаратов категорически нельзя прерывать. Если Вы забываете регулярно принимать лекарства или у Вас не всегда есть такая возможность, обязательно предупредите об этом врача и просите его подобрать лекарства таким образом, чтобы принимать их только один раз в день. Если у Вас несколько заболеваний, для лечения которых Вы принимаете лекарства, обязательно сообщайте об этом каждому врачу, к которому обращаетесь, так как при разных заболеваниях иногда применяются похожие средства, которые при одновременном приёме могут ухудшить самочувствие.



Примерные рекомендации для пациентов с высоким уровнем приверженности медицинскому сопровождению

При хронических заболеваниях необходимы регулярное медицинское наблюдение и самоконтроль. Медицинское наблюдение включает осмотр врача, лабораторный контроль и инструментальное обследование. При этом некоторые исследования (например, такие как контроль уровня МНО на фоне приема варфарина или уровня сахара с помощью домашних тестов) можно выполнять самостоятельно. Уточните у врача, какие лабораторные анализы с какой частотой нужно делать, на какие показатели обращать внимание и при каком их изменении нужно обращаться за медицинской помощью. Согласуйте с врачом примерные сроки необходимого инструментального обследования и плановых визитов на прием. При визитах к врачу обязательно берите с собой результаты лабораторных и инструментальных исследований, в том числе выполненных по рекомендациям других специалистов.

Примерные рекомендации для пациентов со средним уровнем приверженности медицинскому сопровождению

При хронических заболеваниях необходимы регулярное медицинское наблюдение и самоконтроль. Медицинское наблюдение включает осмотр врача, лабораторный контроль и инструментальное обследование. При этом некоторые исследования (например, такие как контроль уровня МНО на фоне приема варфарина или уровня сахара с помощью домашних тестов) можно выполнять самостоятельно. Уточните у своего лечащего врача, какие лабораторные и инструментальные исследования и с какой периодичностью нужно делать и при каком их изменении следует обязательно обратиться за медицинской помощью. Уточните, какие исследования (например, измерение давления, исследование сахара крови и другие) можно выполнять самостоятельно – это уменьшит количество обращений в поликлинику. При визитах к врачу обязательно берите с собой все результаты лабораторных и инструментальных исследований, в том числе выполненных по рекомендациям других специалистов.

Примерные рекомендации для пациентов с низким уровнем приверженности медицинскому сопровождению

При хронических заболеваниях необходимы регулярное медицинское наблюдение и самоконтроль. Медицинское наблюдение включает осмотр врача, лабораторный контроль и инструментальное обследование. При этом некоторые исследования (например, такие как контроль уровня МНО на фоне приема варфарина или уровня сахара с помощью домашних тестов) можно выполнять самостоятельно. Обязательно выясните у своего лечащего врача, какие лабораторные и инструментальные исследования и с какой периодичностью Вам наиболее необходимы для контроля состояния здоровья и при каком изменении показателей следует обязательно обратиться к врачу. Уточните, какие исследования (например, измерение давления, исследование сахара крови и другие) можно выполнять самостоятельно – это избавит Вас от большинства обращений в поликлинику. При визитах к врачу обязательно берите с собой все результаты лабораторных и инструментальных исследований, в том числе выполненных по рекомендациям других специалистов.



Примерные рекомендации для пациентов с высоким уровнем приверженности модификации образа жизни

При развитии хронических заболеваний часто следует изменить привычный образ жизни. Если в связи с таким заболеванием Вы наблюдаетесь у врача, попросите его дать подробные рекомендации по организации режима дня. Выясните, какие физические нагрузки полезны в вашем состоянии, а какие вредны. Если при вашем заболевании рекомендованы специальные физические упражнения или другие мероприятия – попросите врача рассказать о них, постарайтесь их записать и в последующем выполнять. Если потребуется изменить привычную диету, подробно выясните, какие именно продукты и напитки должны преобладать в питании, а от каких лучше отказаться. Если у Вас повышен вес, Вы сможете, следуя рекомендациям врача, его нормализовать или существенно снизить. Также при необходимости Вы в состоянии существенно ограничить или полностью отказаться от нежелательных привычек – курения или избыточного употребления алкоголя.

Примерные рекомендации для пациентов со средним уровнем приверженности модификации образа жизни

При развитии хронических заболеваний часто следует изменить привычный образ жизни. Если в связи с таким заболеванием Вы наблюдаетесь у врача, попросите его дать конкретные рекомендации по организации режима дня. Выясните, какие физические нагрузки полезны в вашем состоянии, а какие вредны. Если при вашем заболевании рекомендованы специальные физические упражнения или другие мероприятия – выделите самое главное, чтобы сосредоточиться на этом и в последующем выполнять. Если потребуется изменить привычную диету, в первую очередь уточните, от каких именно продуктов и напитков нужно обязательно отказаться или существенно их ограничить, и постарайтесь такие продукты и напитки не употреблять. Если у Вас повышен вес, посоветуйтесь с врачом, можно ли его снизить, и выясните у него, какие способы при Вашем заболевании будут наиболее эффективны. Несмотря на то, что отказаться от нежелательных привычек (например, курения или избыточного употребления алкоголя) бывает трудно, это вполне возможно. При наличии таких привычек, обсудите с врачом, какие из них для Вас наиболее опасны, выделите самую главную проблему и постарайтесь с ней справиться.

Примерные рекомендации для пациентов с низким уровнем приверженности модификации образа жизни

При развитии хронических заболеваний часто следует изменить привычный образ жизни. Если в связи с таким заболеванием Вы наблюдаетесь у врача, попросите его рассказать, что в первую очередь необходимо сделать для того, чтобы Ваше заболевание не прогрессировало. Выделите самое важное в организации режима дня. Выясните, какие физические нагрузки для Вас наиболее вредны и опасны, и постарайтесь их избегать. Если потребуется изменить привычную диету, в первую очередь уточните, от каких именно продуктов и напитков нужно обязательно отказаться или существенно их ограничить, и постарайтесь такие продукты и напитки не употреблять. Если у Вас повышен вес, посоветуйтесь с врачом, можно ли попытаться его снизить, и выясните, какие способы при этом будут наиболее эффективны. Несмотря на то, что трудно отказываться от нежелательных привычек (например, курения или избыточного употребления алкоголя), это возможно. При такой необходимости обсудите с лечащим врачом, какие из этих привычек для Вас наиболее опасны, выделите самую главную проблему и постарайтесь с ней справиться.



ЛИТЕРАТУРА

1. Corrao G, Parodi A, Nicotra F, Zambon A, Merlino L, Cesana G, Mancina G. Better compliance to antihypertensive medications reduces cardiovascular risk. *J Hypertens.* 2011;29:610–618. <https://doi.org/10.1097/hjh.0b013e328342ca97>
2. Geest S., Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2003;2(4):323. [https://doi.org/10.1016/s1474-5151\(03\)00091-4](https://doi.org/10.1016/s1474-5151(03)00091-4)
3. Tiffe T, Wagner M, Rucker V, Morbach C, Gelbrich G, Stork S, Heuschmann PU. Control of cardiovascular risk factors and its determinants in the general population- findings from the STAAB cohort study. *BMC Cardiovasc Disord.* 2017;17:276. <https://doi.org/10.1186/s12872-017-0708-x>
4. Арабидзе Г.Г., Белоусов Ю.Б., Карпов Ю.А. Артериальная гипертония. Справочное руководство по диагностике и лечению. М.: Ремедиум; 1999. [Arabidze G.G., Belousov YU.B., Karpov YU.A. Arterial'naya gipertoniya. Spravochnoe rukovodstvo po diagnostike i lecheniyu. M.: Remedium; 1999. (In Russ.)].
5. Журавская Н. Ю. Изучение приверженности лекарственной терапии больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, перенесших мозговую инсульт, диссертация на соискание ученой степени канд. мед. наук. Государственный научно – исследовательский центр профилактической медицины. М.; 2015. [Zhuravskaya N. YU. Izuchenie priverzhennosti lekarstvennoj terapii bol'nyh serdechno-sosudistymi zabolevaniyami, perenessih mozgovoy insul't, dissertaciya na soiskanie uchenoj stepeni kand. med. nauk. Gosudarstvennyj nauchno – issledovatel'skij centr profilakticheskoy mediciny. M.; 2015. (In Russ.)].
6. Пучиньян Н.Ф., Довгалецкий Я. П., Долотовская П. В., Фурман Н. В. Приверженность рекомендованной терапии больных, перенесших острый коронарный синдром, и риск развития сердечно-сосудистых осложнений в течение года после госпитализации. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2011;5(7):567–573. [Puchin'yan N.F., Dovgalevskiy Ya.P., Dolotovskaya P.V., Furman N.V. The adherence to recommended therapy in patients after acute coronary syndrome, and risk of cardiovascular complications within a year after hospital admission. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology.* 2011;7(5):567-573 (In Russ.)].
7. Aliotta S.L., Vlasnik Jon J., DeLor Bonnie. Enhancing Adherence to Long-Term Medical Therapy: A New Approach to Assessing and Treating Patients. *Advances in Therapy.* 2004;21(4):214–231. <https://doi.org/10.1007/BF02850154>
8. Chowdhury R., Khan H., Heydon E., Shroufi A., Fahimi S., Moore C., Stricker B., Mendis S., Hofman A., Mant J., Franco O. H. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *Eur. Heart J.* 2013;34(38):2940–8. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehd295>
9. Claxton A.J., Cramer J., Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin. Ther.* 2001;23(8):1296–310. [https://doi.org/10.1016/s0149-2918\(01\)80109-0](https://doi.org/10.1016/s0149-2918(01)80109-0)
10. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *New England Journal of Medicine.* 2005;353(5):487–497. doi:10.1056/NEJMra050100.
11. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, WHO 2003; pp 1-211
12. Николаев Н. А., Скирденко Ю. П., Бунова С. С., Ершов А.В. Рациональная фармакотерапия в кардиологии: от рутинного контроля к эффективному управлению. Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2017;13(5):609-614. [Nikolaev N.A., Skirdenko Y.P., Bunova S.S., Ershov A.V. Rational Pharmacotherapy in Cardiology: from Routine Control to Effective Management. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology.* 2017;13(5):609-614. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2017-13-5-609-614>.
13. Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Вклад приверженности терапии антикоагулянтами в риск осложнений фибрилляции предсердий. Российский кардиологический журнал. 2019;(2):64-69. [Skirdenko Y.P., Nikolaev N.A. Contribution of anticoagulant therapy adherence to the risk of complications of atrial fibrillation. *Russian Journal of Cardiology.* 2019;(2):64-69. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2019-2-64-69>



14. Corrao G., Zambon A., Parodi A., Poluzzi E., Baldi I., Merlino L., Cesana G., Mancia G. Discontinuation of and changes in drug therapy for hypertension among newly-treated patients: a population-based study in Italy. *J Hypertens.* 2008;26:819–824. <https://doi.org/10.1097/hjh.0b013e3282f4edd7>

15. Gale NK, Greenfield S, Gill P, Gutridge K, Marshall T. Patient and general practitioner attitudes to taking medication to prevent cardiovascular disease after receiving detailed information on risks and benefits of treatment: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2011;12:59. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-59>

16. Krousel-Wood M., Joyce C., Holt E., Muntner P., Webber L.S., Morisky D.E., Frohlich E.D., Re R.N. Predictors of decline in medication adherence: results from the cohort study of medication adherence among older adults. *Hypertension.* 2011;58:804–810. <https://doi.org/10.1161/hypertensionaha.111.176859>

17. Naderi S.H., Bestwick J.P., Wald D.S. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: Meta-analysis on 376,162 patients. *American Journal of Medicine.* 2012;125(9):882-887. doi:10.1016/j.amjmed.2011.12.013.

18. Андреев К.А., Плиндер М.И., Сидоров Г.Г., Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Основные тренды приверженности к лечению у кардиологических больных. *Современные проблемы науки и образования.* [Andreev K.A., Plinder M.I., Sidorov G.G., Skirdenko YU.P., Nikolaev N.A. Osnovnye trendy priverzhennosti k lecheniyu u kardiologicheskikh bol'nyh. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya/* 2018;3:36-36 (In Russ.).]

19. Николаев Н.А. Пациентоориентированная антигипертензивная терапия: клинические рекомендации для практических врачей. *Врач.* 2016;4:82-85. [Nikolaev N. A. Patsiyentoriyentirovannaya antigipertenzivnaya terapiya: klinicheskiye rekomendatsii dlya prakticheskikh vrachey. *Vrach (The Doctor).* 2016;4:82-85. (In Russ.).]

20. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: количественная оценка результата антигипертензивной терапии. М.: Издательский дом «Академия естествознания», 2008. [Nikolaev N.A. *Dokazatel'naya gipertenziologiya: kolichestvennaya ocenka rezul'tata antigipertenzivnoy terapii.* М.: Izdatel'skiy dom «Akademiya estestvoznaniya», 2008. (In Russ.).]

21. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: пациентоориентированная антигипертензивная терапия. М.: Издательский дом Академии естествознания, 2015. [Nikolaev N.A. *Dokazatel'naya gipertenziologiya: pacientoorientirovannaya antigipertenzivnaya terapiya.* М.: Izdatel'skiy dom Akademii estestvoznaniya, 2015. (In Russ.).]

22. Gupta P., Patel P., Štrauch B., Lai F.Y., Akbarov A., Gulsin G.S., Beech A., Marešová V., Topham P.S., Stanley A., Thurston H., Smith P.R., Horne R., Widimský J., Keavney B., Heagerty A., Samani N.J., Williams B., Tomaszewski M. Biochemical Screening for Nonadherence Is Associated With Blood Pressure Reduction and Improvement in Adherence. *Hypertension [Internet].* Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health); 2017;70(5):1042–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1161/hypertensionaha.117.09631>

23. Conn V.S., Ruppar T.M., Chase J.A., Enriquez M., Cooper P.S. Interventions to improve medication adherence in hypertensive patients: systematic review and meta-analysis. *Curr Hypertens Rep.* 2015;17:94. <https://doi.org/10.1007/s11906-015-0606-5>

24. Fletcher B.R., Hartmann-Boyce J., Hinton L., McManus R.J. The effect of self-monitoring of blood pressure on medication adherence and lifestyle factors: a systematic review and meta-analysis. *Am J Hypertens* 2015;28:1209–1221. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpv008>

25. Parati G., Omboni S. Role of home blood pressure telemonitoring in hypertension management: an update. *Blood Press Monit.* 2010;15:285–295. <https://doi.org/10.1097/mbp.0b013e328340c5e4>

26. Бунова С. С., Викторова И. А., Драпкина О. М., Задионченко В. С., Лазебник Л. Б., Ливзан М. А., Малявин А. Г., Мартынов А. И., Моисеев С. В., Нелидова А. В., Нечаева Г. И., Николаев Н. А., Пушкарёва Л. А., Ребров А. П., Сайфутдинов Р. И., Скирденко Ю. П., Совалкин В. И., Терентьев В. П., Тюрин В. П., Уразов В. П., Федосеев Г. Б., Ягода А. В., Якушин С. С., Ясницкий Л. Н.. Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению:



основные положения, алгоритмы и рекомендации. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2018;1.2(13):259-271. [Bunova S. S., Viktorova I. A., Drapkina O. M., Zadionchenko V. S., Lazebnik L. B., Levsen M. A., Malyavin A. G., Martynov A. I., Moiseev S. V., Nelidova A. V., Nechaeva G. I., Nikolaev N. A., Pushkareva L. A., Rebrov A. P., Sayfutdinov R. I., Skirdenko Yu. P., Sovalkin V. I., Terent'ev V. P., Tyurin V. P., Urazov V. P., Fedoseev G. B., Yagoda A. V., Yakushin S. S., Yasnitsky L. N. Scientific and methodological support of the Consensus was provided by Council for Quantitative Evaluation of the Results of Medical Interventions at the Presidium of RSMSIM. The first Russian expert consensus on the quantitative evaluation of the treatment adherence: pivotal issues, algorithms and recommendations Medical news of north caucasus (In Russ.)]. <https://doi.org/10.14300/mnnc.2018.13039>

27. Burnier M., Brede Y., Lowy A. Impact of prolonged antihypertensive duration of action on predicted clinical outcomes in imperfectly adherent patients: comparison of aliskiren, irbesartan and ramipril. *Int J Clin Pract.* 2011;65:127–133. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2010.02616.x>

28. Lowy A., Munk V.C., Ong S.H., Burnier M., Vrijens B., Tousset E.P., Urquhart J. Effects on blood pressure and cardiovascular risk of variations in patients' adherence to prescribed antihypertensive drugs: role of duration of drug action. *Int J Clin Pract.* 2011;65:41–53. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2010.02569.x>

29. Vrijens B., Vincze G., Kristanto P., Urquhart J., Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ.* 2008;336:1114–1117. <https://doi.org/10.1136/bmj.39553.670231.25>

30. Оруджова Л.А., Скирденко Ю.П., Жеребилов В.В., Николаев Н.А. Роль полиморбидности и полипрагмазии в приверженности к лечению кардиоваскулярных больных. *Medical review.* 2016;3:102-103. [Orudzhova L. A., Skirdenko Y. P., Zherebilov V. V., Nikolayev N.A. Rol' polimorbidnosti i polipragmazii v priverzhennosti k lecheniyu kardiovaskulyarnykh bol'nykh. *Medical review.* 2016;3:102-103. (In Russ.)].

31. Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Количественная оценка приверженности к лечению у больных фибрилляцией предсердий в условиях реальной клинической практики. *Терапевтический архив.* 2018;1:17-21. [Skirdenko Ju.P., Nikolaev N.A. Quantitative assessment of adherence to treatment in patients with atrial fibrillation in real clinical practice. *Therapeutic archive.* 2018;1:17-21 (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/terarkh201890117-21>

32. Скирденко Ю.П., Шустов А.В., Жеребилов В.В., Николаев Н.А. Приверженность к лечению как новый фактор выбора пероральных антикоагулянтов у носителей мутаций системы гемостаза больных фибрилляцией предсердий. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии* 2016;12(5):494-502. [Skirdenko Y.P., Shustov A.V., Zherebilov V.V., Nikolayev N.A. Treatment Adherence as a New Choice Factor for Optimization of Oral Anticoagulation Therapy in Patients with Atrial Fibrillation and Hemostatic Gene Polymorphisms. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2016;12(5):494-502. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2016-12-5-494-502>

33. Лукина Ю.В., Марцевич С.Ю., Кутищенко Н.П. Шкала Мориски-Грина: плюсы и минусы универсального теста, работа над ошибками. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии.* 2016;12(1):63-65. [Lukina Y.V., Martsevich S.Yu., Kutishenko N.P. The Moriscos-Green scale: the pros and cons of universal test, correction of mistakes. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology.* 2016;12(1):63-65. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2016-12-1-63-65>

34. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Жеребилов В.В. Количественная оценка приверженности к лечению в клинической медицине: протокол, процедура, интерпретация. *Качественная клиническая практика.* 2016;(1):50-59. [Nikolayev N.A., Skirdenko Y.P., Zherebilov V.V. Quantitative assessment of adherence to treatment in clinical medicine: protocol, procedure, interpretation. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika.* 2016;(1):50-59. (In Russ.)].

35. Моисеев С.В. Как улучшить приверженность к двойной антитромбоцитарной терапии после острого коронарного синдрома. *Клиническая фармакология и терапия.* 2011;4(20):34–40. [Moisseev S.V. How to improve compliance to dual antithrombotic treatment after acute coronary syndrome?. *Clin Pharmacol Ther.* 2011;4(20):34–40. (In Russ.)].



36. Николаев Н. А., Скирденко Ю. П. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25). *Клиническая фармакология и терапия*. 2018;27(1):74–78. [Nikolaev NA, Skirdenko YuP. Russian generic questionnaire for evaluation of compliance to drug therapy. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*. 2018;27(1):74–78. (In Russ.)].

37. Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Лукина Ю.В., Толпыгина С.Н., Иванова Л.П., Дмитриева Н.А., Концевая А.В., Драпкина О.М. Самоконтроль и лечение хронических неинфекционных заболеваний в условиях пандемии COVID-19. Консенсус экспертов Национального общества доказательной фармакотерапии и Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2020;19(3):2567. [Martsevich S.Yu., Kutishenko N.P., Lukina Y.V., Tolpygina S.N., Ivanova L.P., Dmitrieva N.A., Kontsevaya A.V., Drapkina O.M. Self-monitoring and treatment of chronic non-communicable diseases in the context of the COVID-19 pandemic. Consensus of experts of the National society of evidence-based pharmacotherapy and the Russian society of the prevention of non-communicable diseases. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2020;19(3):2567. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2020-2567>

38. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Агеев Ф.Т., Андреев К.А., Анисимов В.Н., Бабичева Л.Г., Бунова С.С., Васильева И.А., Викторова И.А., Виноградов О.И., Волчегорский И.А., Воробьев П.А., Галявич А.С., Гаус О.В., Гомберг В.Г., Горбенко А.В., Драпкина О.М., Ершов А.В., Задионченко В.С., Зырянов С.К., Карпов Р.С., Кобалава Ж.Д., Колбасников С.В., Кондратьева К.О., Конради А.О., Лазебник Л.Б., Ливзан М.А., Малявин А.Г., Мареев В.Ю., Медведева И.В., Михайлова Н.Б., Моисеев С.В., Морозова О.Л., Напалков Д.А., Недошивин А.О., Нелидова А.В., Нечаева Г.И., Никифоров В.С., Писклаков А.В., Поддубная И.В., Попов С.В., Птушкин В.В., Ребров А.П., Ройтман Е.В., Сайфутдинов Р.И., Семиглазова Т.Ю., Совалкин В.И., Советкина Н.В., Терентьев В.П., Тотчиев Г.Ф., Тумян Г.С., Тюрин В.П., Федорин М.М., Фофанова Т.В., Шепель Р.Н., Ягода А.В., Якушин С.С. Управление лечением на основе приверженности. Согласительный документ – Междисциплинарные рекомендации РНМОТ, НОГР, НАТГ, ОДН, ГОРАН, РОО, РОФ. *Consillium Medicum*. 2020; 22 (5): 9–18. [Nikolaev N.A., Martynov A.I., Skirdenko Iu.P., Ageev F.T., Andreev K.A., Anisimov V.N., Babicheva L.G., Bunova S.S., Vasil'eva I.A., Viktorova I.A., Vinogradov O.I., Volchegorskii I.A., Vorob'ev P.A., Galivich A.S., Gaus O.V., Gomberg V.G., Gorbenko A.V., Drapkina O.M., Ershov A.V., Zadionchenko V.S., Zyrianov S.K., Karpov R.S., Kobalava Zh.D., Kolbasnikov S.V., Kondrat'eva K.O., Konradi A.O., Lazebnik L.B., Livzan M.A., Maliavin A.G., Mareev V.Iu., Medvedeva I.V., Mikhailova N.B., Moiseev S.V., Morozova O.L., Napalkov D.A., Nedoshivin A.O., Nelidova A.V., Nechaeva G.I., Nikiforov V.S., Pisklakov A.V., Poddubnaia I.V., Popov S.V., Ptushkin V.V., Rebrov A.P., Roitman E.V., Saifutdinov R.I., Semiglazova T.Iu., Sovalkin V.I., Sovetkina N.V., Terent'ev V.P., Totchiev G.F., Tumian G.S., Tiurin V.P., Fedorin M.M., Fofanova T.V., Shepel' R.N., Iagoda A.V., Iakushin S.S. Management of treatment on the basis of adherence. Consensus document – Clinical recommendations. *RSMSIM, SSGR, NATH, SEBN, GS RAS, RSH, RSP. Consilium Medicum*. 2020; 22 (5): 9–18. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.26442/20751753.2020.5.200078>

39. Unger T.; Borghi C.; Charchar F., et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines, *Journal of Hypertension*: June 2020 - Volume 38 - Issue 6 - p 982-1004. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002453>

40. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Ливзан М.А., Замахина О.В. Пациентоориентированные технологии оценки риска и прогноза эффективности терапии кардиологических больных: монография / Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко, М.А. Ливзан, О.В. Замахина; Омский гос. мед. ун-т. – М.: Издательский дом Академии Естествознания. 2019 ; 232. ISBN: 978-5-91327-605-6. DOI 10.17513/np.377