

Проблемные вопросы и разработка классификаций основных параметров качества и приверженности фармакотерапии. Часть I: приверженность пациентов к лечению

Лукина Ю. В., Кутишенко Н. П., Марцевич С. Ю., Драпкина О. М.

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России.
Москва, Россия

Проблема приверженности пациентов к лечению остается одной из самых актуальных для здравоохранения большинства стран мира. Решению данной проблемы препятствует целый ряд причин: отсутствие единой терминологии, признанного и надежного метода "золотого стандарта" для диагностики приверженности, универсальной стандартизированной тактики повышения показателей приверженности больных к лечению. Несмотря на продолжительную историю исследования и наличие колоссального количества публикаций по теме приверженности терапии, до сих пор отсутствует классификация всех ее изученных на сегодняшний день видов. В связи с этим целью данной обзорно-аналитической работы были сбор информации об идентифицированных к настоящему моменту основных типах приверженности/неприверженности и разработка на основании этих данных классификации приверженности/неприверженности пациентов к лечению. Поиск литературных источников проводился по ключевым словам. В анализ включались публикации за последние 20 лет — 2003-2023гг. В классификацию были отобраны категории приверженности, актуальные с точки зрения общемедицинского подхода к проблеме, оценка которых возможна в условиях реальной клинической практики. Все типы приверженности были сгруппированы по ведущему признаку. Разработанная классификация приверженности/неприверженности пациентов к лечению

способна выполнять роль дополнительного инструмента для оценки приверженности, что в дальнейшем может оказаться полезным при выборе тактики и возможных способов повышения приверженности больных к врачебным рекомендациям.

Ключевые слова: классификация, приверженность, неприверженность, пациенты, лечение, врачебные рекомендации.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 18/05-2023

Рецензия получена 20/06-2023

Принята к публикации 22/06-2023



Для цитирования: Лукина Ю. В., Кутишенко Н. П., Марцевич С. Ю., Драпкина О. М. Проблемные вопросы и разработка классификаций основных параметров качества и приверженности фармакотерапии. Часть I: приверженность пациентов к лечению. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(6):3603. doi:10.15829/1728-8800-2023-3603. EDN FIPNSA

Problematic issues and development of classifications of the main parameters of quality and adherence to pharmacotherapy. Part I: Patient adherence to treatment

Lukina Yu. V., Kutishenko N. P., Martsevich S. Yu., Drapkina O. M.

National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. Moscow, Russia

The problem of patient adherence to treatment remains one of the most relevant for healthcare in most countries of the world. The solution of this problem is hindered by a number of reasons: no unified terminology, a "gold standard" for adherence assessment, and a universal standardized tactic for improving patient adherence to treatment. Despite the long history of research and a huge number of publications on adherence to therapy, there is still no classification of its types studied to date. In this regard, the purpose of this review and analytical work was to collect information on the main types of adherence/non-adherence identified to date and to develop, based on these data, a classification of adherence/non-adherence of patients to treatment. The search for literary sources was carried out by keywords. The analysis included publications for the last 20 years —

2003-2023. The categories of adherence were selected for the classification, relevant from the point of view of the general medical approach to the problem, the assessment of which is possible in real clinical practice. All types of adherence were grouped according to the leading feature. The developed classification of adherence/non-adherence of patients to treatment can serve as an additional tool for assessing adherence, which in the future may be useful in choosing strategy and possible ways to increase patients' adherence to medical recommendations.

Keywords: classification, adherence, non-adherence, patients, treatment, medical recommendations.

Relationships and Activities: none.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: yuvlu@mail.ru

[Лукина Ю. В.* — к.м.н., в.н.с. лаборатории фармакоэпидемиологических исследований отдела профилактической фармакотерапии, ORCID: 0000-0001-8252-3099, Кутишенко Н. П. — д.м.н., руководитель лаборатории фармакоэпидемиологических исследований отдела, ORCID: 0000-0001-6395-2584, Марцевич С. Ю. — д.м.н., профессор, руководитель отдела профилактической фармакотерапии, ORCID: 0000-0002-7717-4362, Драпкина О. М. — д.м.н., профессор, академик РАН, директор, ORCID: 0000-0002-4453-8430].

Lukina Yu. V.* ORCID: 0000-0001-8252-3099, Kutishenko N. P. ORCID: 0000-0001-6395-2584, Martsevich S. Yu. ORCID: 0000-0002-7717-4362, Drapkina O. M. ORCID: 0000-0002-4453-8430.

*Corresponding author: yuvlu@mail.ru

Received: 18/05-2023

Revision Received: 20/06-2023

Accepted: 22/06-2023

For citation: Lukina Yu. V., Kutishenko N. P., Martsevich S. Yu., Drapkina O. M. Problematic issues and development of classifications of the main parameters of quality and adherence to pharmacotherapy. Part I: Patient adherence to treatment. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(6):3603. doi:10.15829/1728-8800-2023-3603. EDN FIPSN

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения, ВР — врачебные рекомендации, ЛП — лекарственный препарат, НОДФ — Национальное общество доказательной фармакотерапии, РКП — реальная клиническая практика, ФТ — фармакотерапия, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания.

Ключевые моменты

Что известно о предмете исследования?

- Проблема приверженности пациентов к лечению изучена достаточно подробно, выделено множество факторов, влияющих на приверженность.
- Отсутствует единая классификация приверженности/неприверженности пациентов к врачебным рекомендациям.

Что добавляют результаты исследования?

- С помощью литературного поиска идентифицированы известные к настоящему времени типы приверженности и варианты категоризаций каждого типа.
- Разработана единая классификация приверженности/неприверженности пациентов к врачебным рекомендациям.

Key messages

What is already known about the subject?

- The problem of patients' adherence to treatment has been studied in sufficient detail. Many factors affecting adherence have been identified.
- There is no single classification of adherence/non-adherence of patients to medical recommendations.

What might this study add?

- Literature search identified currently known types of adherence and categorization options for each type.
- A unified classification of patients' adherence/non-adherence to medical recommendations has been developed.

Введение

Настоящая публикация является первой из планируемого ряда работ, посвященных классифицированию основных параметров качества и приверженности фармакотерапии (ФТ).

Проблема приверженности к лечению в течение десятилетий не теряет своей актуальности и остается одной из наиболее значимых практически для всех медицинских специальностей. Количество публикаций, посвященных данной тематике, увеличивается с каждым годом. Это касается как оригинальных исследований, так и обзоров (литературных, систематических, с метаанализом данных), рассматривающих различные вопросы приверженности. Наиболее известный документ по проблеме приверженности — доклад Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) "Adherence to long-term therapies: evidence for action" — был выпущен 20 лет назад [1]. В этом докладе было дано определение приверженности, ставшее одним из самых распространенных и цитируемых: "Приверженность пациента к терапии (treatment adherence) — это степень, в которой поведение че-

ловека в отношении лечения (лекарственного и немедикаментозного) соответствует полученным медицинским рекомендациям". В то же время в научной литературе широко распространен термин "неприверженность", обозначающий обратную сторону понятия "приверженность" и свидетельствующий о наличии нарушений пациентом врачебных рекомендаций (ВР).

Несмотря на относительную давность доклада ВОЗ по проблеме приверженности, данный документ до сих пор является наиболее полным и удачным руководством по рассматриваемой проблеме. Особой популярностью пользуются предложенные в нем классификация методов диагностики приверженности (прямые и косвенные) и деление на 5 групп всех факторов, влияющих на приверженность (факторы, связанные с пациентом, болезнью, лекарствами, врачом и системой здравоохранения, социально-экономические) [1]. Следует подчеркнуть, что при хронических неинфекционных заболеваниях (ХНИЗ) доля устойчиво приверженных к лечению больных (persistence) в среднем составляет ~50%, что является причиной снижения эф-

фективности лечения, повышения числа неблагоприятных исходов заболеваний и, как результат, увеличения экономических затрат систем здравоохранения [1, 2]. Несмотря на обилие научных данных и большое количество публикаций по теме приверженности/неприверженности, в клинической практике диагностика и реализация мер, направленных на повышение приверженности, часто неудовлетворительны.

Проблема приверженности к лекарственной терапии тесно сочетается с качеством лечения, включающим, прежде всего, эффективность и безопасность ФТ в условиях реальной клинической практики (РКП). Разработанность проблемы качества ФТ существенно уступает таковой для приверженности.

В то же время отмечено несколько общих проблемных вопросов для аспектов приверженности и качества терапии: отсутствие единой признанной терминологии и классификации данных понятий, надежного метода диагностики и универсальных способов улучшения показателей как приверженности, так и качества ФТ.

Для решения одного из этих вопросов — классифицирования приверженности и качества ФТ — было решено выполнить ряд литературных обзоров, определив основные показатели этих концепций, выявленные и изученные к сегодняшнему дню, и создать классификации: 1) типов приверженности пациентов к ФТ, 2) типов приверженности врачей к выполнению положений современных клинических рекомендаций и других официальных регулирующих документов, а также 3) основных параметров качества ФТ.

Целью публикации (часть I) является сбор и анализ информации о выделяемых на сегодняшний день типах приверженности/неприверженности больных ВР и разработка классификации приверженности/неприверженности пациентов с ХНИЗ.

Методологические подходы

В связи с тем, что доклад ВОЗ, опубликованный в 2003г, по сути представляет собой систематический обзор всех наиболее значимых исследований по приверженности, выполненных к началу 21 века [1], в данную публикацию решено было включить все работы по проблеме, начиная с 2003г. Поиск проводился через электронно-поисковые системы и электронные ресурсы сети Интернет: Google, Yandex, PubMed, the Cochrane Library; в системах индексирования Scopus, Web of Science, РИНЦ (Российский индекс научного цитирования). Ключевыми словами для поиска литературных источников были выбраны: приверженность (adherence, compliance), неприверженность (nonadherence, non-compliance), виды приверженности (неприверженности), типы приверженности/

неприверженности (types of adherence/nonadherence, compliance/noncompliance), классификация приверженности (неприверженности) и англоязычные аналоги этих терминов (classification of medication/treatment adherence/nonadherence). Период публикации отобранных источников включал 2003–2023гг, языки поиска — русский, английский.

Таким образом, в отобранные для настоящей обзорно-аналитической публикации вошли как различные обзоры, так и оригинальные исследования, в которых был предложен и описан ряд разновидностей/типов/видов приверженности/неприверженности. Конечной целью данной работы была разработка классификаций основных видов приверженности/неприверженности и параметров качества ФТ.

В основу разрабатываемой классификации (лат. classis "разряд" и facere "делать") был положен фасетный (франц. facette — грань отшлифованного камня; фасеты — выделяемые при классификации относительно независимые друг от друга группы, принадлежащие к одному множеству) метод классификации с применением многоаспектного дескриптивного (описательного) классифицирования, заключающийся в группировании различных видов приверженности по ведущему признаку¹.

Результаты

В процессе поиска и отбора работ для данного обзора было выявлено несколько публикаций, авторы которых уже предпринимали попытку систематизации и классифицирования данных по проблеме приверженности. Тем не менее, данные обзорные публикации были сосредоточены на рассмотрении проблемы в целом, описании истории проблемы приверженности в медицине, терминологии, известных методов диагностики и способов повышения приверженности, и лишь в некоторой степени отражали сведения о выделяемых типах приверженности. Создание классификации не являлось основной целью этих обзоров [3–6].

В общем, анализ работ, посвященных изучению приверженности пациентов с ХНИЗ, показал, что авторы склонны ориентироваться на различные показатели приверженности, которые, в целом, не противоречат ее определению, согласно докладу ВОЗ, и отражают его разные стороны.

Приверженность по степени выполнения ВР

Данная градация приверженности в наибольшей степени соответствует определению термина (по ВОЗ) и лежит в основе большинства опросников для оценки приверженности. Выделяют полную приверженность и полную неприверженность

¹ Методологические положения по статистике (выпуск 1, 2, 3, 4, 5) Copyright © Федеральная служба государственной статистики. Available at https://www.gks.ru/bgd/free/B99_10/IssWWW.exe/Stg/d000/i000010r.htm.

(выполнение ВР в полном объеме, в строгом соответствии с назначениями врача и, соответственно, полный отказ от выполнения каких-либо ВР), а также неполную (частичную) приверженность и неприверженность (нарушения ВР различной выраженности вплоть до прекращения лечения). Такое деление используется в трактовке результатов опросника "Шкала приверженности Национального общества доказательной медицины (НОДФ)", в опроснике Instrument to Assess Treatment Adherence и ряде других [7-10].

Аналогичным описанной классификации является деление приверженности на низкую, среднюю, высокую, очень высокую (неудовлетворительную, удовлетворительную, хорошую, отличную) или выделение трех градаций — высокая, средняя, низкая, которые соответствуют полной приверженности, частичной приверженности, неприверженности, согласно первому варианту. Именно такие результаты оценки приверженности получаются при использовании наиболее известного диагностического опросника — 4- или 8-вопросной шкалы приверженности Мориски (Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-4, MMAS-8). Подобная градация характерна для опросников российских авторов — Количественной оценке приверженности-25 (КОП-25) и Отечественного опросника приверженности терапии [10-14].

Нередко при трактовке результатов применения перечисленных опросников используется дихотомическое деление приверженности (привержен/непривержен), при котором наличие любых нарушений в выполнении ВР расценивается как неприверженность.

Авторы некоторых оригинальных опросников по приверженности предлагают дополнительное деление частичной приверженности/неприверженности в зависимости от выраженности нарушений в приеме лекарственных препаратов (ЛП) (от минимальных к максимальным): нарушения во времени приема лекарств; пропуск приема 1-2 доз препарата; короткие (1-2 дня) и длинные (>6 дней) "лекарственные каникулы" (drug holidays) [15].

Общая приверженность и приверженность к конкретным ЛП

Следует обратить внимание, что приверженность к ФТ, оцениваемая многими известными опросниками, соответствует общей поведенческой реакции пациента в отношении лекарственного лечения (общая приверженность). В то же время существуют опросники (The Brief Medication Questionnaire, Шкала приверженности НОДФ), позволяющие оценить приверженность к конкретным ЛП [7, 8].

Приверженность/неприверженность по фазам лечения

Классифицирование приверженности по фазам лечения было предложено Vrijens B, et al. в рамках

проекта ABC (ABC Project Team), а впоследствии принята Европейским обществом по приверженности (The European Society for Patient Adherence, COMpliance, and Persistence — ESPACOMP) [3, 16]. Авторы выделяют 3 основных фазы приверженности, соответственно фазам терапии: начальная (начало терапии, initiation), фаза реализации (соблюдение пациентом режима лечения, implementation), фаза устойчивости (выполнение врачебных назначений в течение рекомендованного времени лечения, persistence) [3].

Первичная и вторичная неприверженность к лечению

Близким к классификации неприверженности по фазам лечения является ее деление на первичную (отказ пациента начать лечение) и вторичную (досрочное прекращение терапии в нарушение ВР).

Фаза начала терапии при назначении новых препаратов особо уязвима в отношении соблюдения ВР. Для отказа начать рекомендованное лечение были предложены несколько терминов: defaulting, противопоставляемый отказу продолжать уже начатое лечение — неустойчивость к длительной терапии, nonpersistence (англ.) [17], "первичная неприверженность", обозначающий нереализацию первого рецепта на препарат (primary nonadherence (not filling a first prescription) [18, 19], полная неприверженность [20].

Согласно классификации нарушений приверженности, предложенной в российском опроснике "Шкала приверженности НОДФ", — отказ больного начать прием рекомендованного препарата, т.е. первичная неприверженность, расценивается как наивысшая степень неприверженности, а больные, не начинающие рекомендованное лечение, как полностью или первично неприверженные пациенты, соответственно [7].

Намеренная и ненамеренная неприверженность к лечению

По намеренности нарушения ВР выделяют намеренную (intentional non-adherence) и ненамеренную (обычно по причине забывчивости) неприверженность (non-intentional non-adherence). В ряде случаев различить эти виды неприверженности бывает затруднительно [21], тем не менее, данная классификация популярна как у зарубежных, так и у отечественных авторов [6, 22-27].

Именно эта классификация используется и в клинических рекомендациях по приверженности NICE (National Institute of Health and Care Excellence, Великобритания) [28].

Приверженность по намерению и фактическому выполнению ВР

Такая классификация с подразделением приверженности на потенциальную (намерения пациента выполнять данные ему рекомендации по лечению) и реальную (фактическое выполнение/ невыполнение ВР) была предложена российскими

авторами, и в дальнейшем применялась в ряде исследований [29-31].

Приверженность по группам факторов/причин, ее обуславливающих

В обзорно-аналитическом исследовании Unni E и Farris KB была предпринята попытка спрогнозировать неприверженность пациента, основанная все на той же классификации факторов неприверженности по ВОЗ и их сочетании. В результате авторами были предложены следующие типы неприверженности к липидснижающей терапии и ФТ бронхиальной астмы: неприверженность по причине забывчивости, неприверженность по причинам, связанным с организацией и доступностью лечения (высокая стоимость лечения при низком доходе, низкая самоэффективность), неприверженность по причинам, связанным с лекарствами (побочные эффекты, сложность ФТ, удовлетворенность лечением) [32]. Данное деление, с нашей точки зрения, не очень удачно, т.к. идентифицировано очень большое количество факторов, влияющих на приверженность, комбинация и значимость которых индивидуальна в каждом конкретном случае. Универсальные факторы приверженности, значимые для разных пациентов, отсутствуют, что было подтверждено результатами метаанализа Gast A, et al. [33]. Тем не менее, предлагаемая авторами методика прогнозирования приверженности интересна и заслуживает внимания [32].

Подобное разделение типов приверженности было выполнено исследователями-психологами из Владивостока при разработке опросника "Уровень комплаентности" [34]. На основании ведущего поведенческого мотива пациента авторы выделяют социальную приверженность (ведущий мотив — получение одобрения социума, окружения; данный тип приверженности характеризует отношение пациента к лечащему врачу, к назначенному лечению), эмоциональную приверженность (самый важный влияющий на нее фактор — эмоциональное состояние пациента, чувствительность, впечатлительность; этот тип приверженности включает эмоциональные реакции пациента на лечение, переносимость терапии, восприятие рекомендаций врача) и поведенческую приверженность, когда соблюдение ВР диктуется желанием преодолеть болезнь, воспринимаемую как некое препятствие, т.е. ведущими характеристиками этого типа приверженности являются различные поведенческие реакции на лечение, ЛП, взаимодействие с врачом. Авторы подчеркивают, что данная категоризация характерна для психологического подхода оценки приверженности, в отличие от более распространенного общемедицинского.

Другие виды приверженности

В связи с многогранностью проблемы приверженности, исследователям удалось выделить еще несколько разновидностей данного аспекта.

Так, Simpson SH, et al. был выявлен тип пациентов, названных "здоровые приверженцы" (healthy adherer). Результаты систематического обзора показали, что у пациентов, приверженных к соблюдению ВР, даже при приеме плацебо наблюдаются положительные эффекты лечения и снижение смертности. Авторы объяснили это возможной приверженностью таких людей к здоровому образу жизни, склонностью выполнять все назначения лечащего врача, следить за своим здоровьем [35].

Garner GB выделил, так называемую, "рациональную неприверженность" — прекращение пациентом приема препарата при возникновении побочных эффектов последнего [17].

Отдельно, в противовес приверженности к ФТ (лекарственной приверженности), следует отметить приверженность к немедикаментозному лечению, а также приверженность/неприверженность к посещению медицинских учреждений/лечащего врача (attendance/non-attendance). Как показали результаты ряда исследований, пациенты, регулярно посещающие лечащего врача, оказываются более привержены к рекомендованному лечению, эффективность которого у них выше, а количество неблагоприятных исходов меньше по сравнению с пациентами, наблюдающимися нерегулярно, редко или вовсе не посещающими врачей [36, 37].

"Приверженность белого халата" — улучшение приверженности пациента перед визитом к лечащему врачу — была впервые описана Cramer JA, et al., а затем более подробно охарактеризована в целом ряде работ. Опасность этого вида приверженности заключается в ошибочной интерпретации данных о состоянии пациента и течении заболевания, принятию на основании этих данных неверных клинических решений, назначении терапии, не соответствующей клинической ситуации и потому не оказывающей должного эффекта [38-41].

Количественная градация приверженности

Количественная градация приверженности основана на подсчете количества таблеток, фактически принятых пациентом, к числу таблеток, которые больной должен был принять за данный период времени, согласно назначениям врача. Таким образом, в данном случае приверженность определяется не с помощью опросника, а другим косвенным методом — подсчетом остатка препарата и пустых блистеров (упаковок). Обычно такой способ используется при проведении рандомизированных контролируемых исследований, но иногда применяется и в условиях РКП. Тем не менее, официальных документов, рекомендующих данный метод к применению в практическом здравоохранении, нет. При этом количество принятого препарата в 80-100% от должного расценивается, как хорошая приверженность, а значения <80% и >100% — как неудовлетворительная приверженность [42].

Таблица 1

Классификация приверженности/неприверженности пациентов ВР

Приверженность/неприверженность пациентов ВР			
Приверженность/неприверженность по этапам лечения	Приверженность/неприверженность по осознанности предпринимаемых пациентом действий	Приверженность/неприверженность по полноте выполнения ВР и фазности приверженности	Отдельные виды приверженности/неприверженности
Приверженность/неприверженность к началу приема нового (новоназначенного) ЛП (отказ от начала приема ЛП — первичная неприверженность)	Непреднамеренная неприверженность (по причине забывчивости, недееспособности, независящим от пациента причинам — в силу обстоятельств и др.)	Полная приверженность — строгое выполнение всех ВР на протяжении всего рекомендованного периода (или постоянно)	Потенциальная приверженность — потенциальные намерения соблюдать ВР
Кратковременная приверженность к новоназначенному ЛП (досрочное прекращение приема ЛП — вторичная неприверженность)	Преднамеренная неприверженность (преднамеренное изменение, временное прекращение или полный отказ от терапии)	Частичная неприверженность — прекращение лечения по различным причинам	Фактическая приверженность — реальное соблюдение ВР
Долговременная приверженность (устойчивость)/неприверженность к приему ЛП в течение рекомендованного врачом срока (прекращение начатого приема ЛП — вторичная неприверженность)		Полная неприверженность — отказ соблюдать ВР	"Здоровая" приверженность — приверженность пациентов, привыкших вести ЗОЖ и соблюдать все ВР
		или	Рациональная неприверженность — неприверженность к лечению при возникновении НЯ ФТ
		Высокая, отличная приверженность — соблюдение всех ВР	Приверженность "белого халата" — повышение степени соблюдения ВР перед визитом к врачу или при нахождении в стационаре (госпитализация)
		Средняя, удовлетворительная — различные нарушения ВР	Лекарственная приверженность — приверженность к приему лекарственных препаратов: а) <i>общая приверженность к ФТ</i> ; б) <i>приверженность к конкретным ЛП</i>
		Низкая, неудовлетворительная — прекращение или полный отказ от лечения	Нелекарственная приверженность — приверженность к немедикаментозным методам лечения
			Приверженность к посещению врачей: а) <i>полная — регулярное посещение врача не реже 1 раза в год</i> ; б) <i>неполная — нерегулярное, редкое (реже 1 раза в год) посещение врача</i> ; в) <i>неприверженность — непосещение врача</i>

Примечание: ВР — врачебные рекомендации, ЗОЖ — здоровый образ жизни, ЛП — лекарственный препарат, НЯ — нежелательные явления, ФТ — фармакотерапия.

Разработка классификаций приверженности и качества ФТ

Созданная классификация включает типы приверженности, определяемые, главным образом, с помощью опросников для пациентов.

На основании собранных литературных данных типы приверженности были разбиты на 4 группы: 1) приверженность/неприверженность на разных этапах лечения (приверженность/неприверженность в начале, при кратко- и долговременной

терапии); 2) по намеренности/ненамеренности нарушений ВР; 3) по степени (полноте) соблюдения ВР (полная приверженность/неприверженность; частичная приверженность/неприверженность). Все остальные виды приверженности/неприверженности ввиду значительной вариабельности и малочисленности различных типов в группах были объединены в группу "Другие" (таблица 1).

Основное предназначение данной классификации — помощь в определении вида нарушения приверженности, что может оказаться полезным в выборе опросника (как наиболее популярного и удобного диагностического инструмента в условиях РКП), а также планировании и реализации методов повышения приверженности в каждом конкретном случае.

Следует подчеркнуть, что при выборе опросника для оценки приверженности рекомендовано ориентироваться на: 1) его способность диагностировать тот или иной вид нарушения приверженности; 2) нозологии, для которых был разработан, валидирован и одобрен данный опросник; 3) показатели чувствительности, специфичности, внутренней и внешней валидности теста; 4) лаконичность, т.к. применение громоздких многовопросных анкет в условиях РКП затруднительно [43-45].

В связи с указанными фактами было принято решение не включать в классификацию вариант категоризации типов приверженности на основа-

нии психологической стороны аспекта: предложенный авторами опросник включает 66 вопросов, требует большого количества времени для заполнения и поэтому его применение затруднено в РКП, а более подходит для научных исследований. Само же деление приверженности на три типа по ведущему психологическому мотиву, по мнению авторов, отличается от принятых в медицине подходов к определению и классификации приверженности [34].

Заключение

Многогранность аспекта приверженности пациентов к лечению обусловила необходимость создания классификации, позволяющей наиболее точно и всесторонне охарактеризовать особенности приверженности и виды ее нарушений у конкретного больного. В отсутствие диагностической методики "золотого стандарта" использование разработанной классификации способно выполнить роль еще одного дополнительного инструмента для оценки приверженности, что в дальнейшем может оказаться полезным при выборе тактики и возможных способов повышения приверженности больных к ВР.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2003:5-169. ISBN: 9241545992.
2. Cutler RL, Fernandez-Llimos F, Frommer M, et al. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. *BMJ Open*. 2018;8:e016982. doi:10.1136/bmjopen-2017-016982.
3. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, et al. ABC Project Team. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol*. 2012;73(5):691-705. doi:10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x.
4. Hugtenburg JG, Timmers L, Elders PJ, et al. Definitions, variants, and causes of nonadherence with medication: a challenge for tailored interventions. *Patient Prefer Adherence*. 2013;7:675-82. doi:10.2147/PPA.S29549.
5. van Dulmen S, Sluijs E, van Dijk L, et al. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:55. doi:10.1186/1472-6963-7-55.
6. Jimmy B, Jose J. Patient medication adherence: measures in daily practice. *Oman Med J*. 2011;26(3):155-9. doi:10.5001/omj.2011.38.
7. Lukina YV, Kutishenko NP, Martsevich SY, et al. The Questionnaire Survey Method in Medicine on the Example of Treatment Adherence Scales. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2020;17(4):576-83. (In Russ.) Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю. и др. Разработка и валидизация новых опросников в медицине на примере шкалы приверженности к лекарственной терапии. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2020;17(4):576-83. doi:10.20996/1819-6446-2021-08-02.
8. Svarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, et al. 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.
9. Hanus JS, Simões PW, Amboni G, et al. Association between quality of life and medication adherence in hypertensive individuals. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(4):381-7. doi:10.1590/1982-01942015000064.
10. Lam WY, Fresco P. Medication Adherence Measures: An Overview. *Biomed Res Int*. 2015;2015:217047. doi:10.1155/2015/217047.
11. 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.
12. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, et al. 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.
13. Fofanova TV, Ageev FT, Smirnova MD. Domestic questionnaire of adherence to therapy: testing and application in outpatient practice. *Systemic hypertension*. 2014;2:13-6. (In Russ.) Фофанова Т.В., Агеев Ф.Т., Смирнова М.Д. Отечественный опросник приверженности терапии: апробация и применение в амбулаторной практике. *Системные гипертензии*. 2014;2:13-6.
14. Nikolaev NA, Skirdenko YP, Zherebilov VV. Quantitative assessment of treatment adherence in clinical medicine:

- Protocol, procedure, interpretation. Quality clinical practice. 2016;1:50-9. (In Russ.) Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Жеребилов В.В. Количественная оценка приверженности к лечению в клинической медицине: протокол, процедура, интерпретация. Качественная клиническая практика. 2016;1:50-9.
15. Sidorkiewicz S, Tran V, Cousyn C, et al. Development and validation of an instrument to assess treatment adherence for each individual drug taken by a patient. *BMJ Open*. 2016;6:e010510. doi:10.1136/bmjopen-2015-010510.
 16. De Geest S, Zullig LL, Dunbar-Jacob J, et al. ESPACOMP Medication Adherence Reporting Guideline (EMERGE). *Ann Intern Med*. 2018;169(1):30-5. doi:10.7326/M18-0543.
 17. Garner JB. Problems of nonadherence in cardiology and proposals to improve outcomes. *Am J Cardiol*. 2010;105:1495-501. doi:10.1016/j.amjcard.2009.12.077.
 18. Rodriguez-Bernal CL, Peiró S, Hurtado I, et al. Primary Nonadherence to Oral Anticoagulants in Patients with Atrial Fibrillation: Real-World Data from a Population-Based Cohort. *J Manag Care Spec Pharm*. 2018;24(5):440-8. doi:10.18553/jmcp.2018.24.5.440.
 19. García-Sempere A, Hurtado I, Sanfeliix-Genovés C, et al. Primary and secondary non-adherence to osteoporotic medications after hip fracture in Spain. The PREV2FO population-based retrospective cohort study. *Nature. Scientific Reports*. 2017;7:11784. doi:10.1038/s41598-017-10899-6.
 20. Martsevich SY, Lukina YV, Kutishenko NP, et al. Adherence to treatment with new oral anticoagulants in atrial fibrillation patients in real clinical practice (results of the ANTEY study). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2019;15(6):864-72. (In Russ.) Марцевич С.Ю., Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., и др. Приверженность к приему новых оральных антикоагулянтов у пациентов с фибрилляцией предсердий в реальной клинической практике (результаты исследования АНТЕЙ). *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2019;15(6):864-72. doi:10.20996/1819-6446-2019-15-6-864-872.
 21. Gadkari AS, McHorney CA. Unintentional non-adherence to chronic prescription medications: how unintentional is it really? *BMC Health Serv Res*. 2012;12:98. doi:10.1186/1472-6963-12-98.
 22. Bae SG, Kam S, Park KS, et al. Factors related to intentional and unintentional medication nonadherence in elderly patients with hypertension in rural community. *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:1979-89. doi:10.2147/PPA.S114529.
 23. Lukina IuV, Kutishenko NP, Martsevich Slu, et al. Methodological recommendations: "Adherence to drug therapy in patients with chronic non-communicable diseases. Addressing the problem in a number of clinical situations". *Profilakticheskaya Meditsina*. 2020;23(3):2042-60. (In Russ.) Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю. и др. Методические рекомендации "Приверженность к лекарственной терапии у больных хроническими неинфекционными заболеваниями. Решение проблемы в ряде клинических ситуаций". *Профилактическая медицина*. 2020;23(3):2042-60. doi:10.17116/profmed20202303242.
 24. Zyryanov SK, Fitilev SB, Vozhaev AV, et al. Adherence to Medical Treatment in Elderly Patients with Coronary Artery Disease in the Settings of Primary Outpatient Care. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2021;17(2):178-85. (In Russ.) Зырянов С.К., Фитилев С.Б., Возжаев А.В. и др. Приверженность к фармакотерапии у пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца в условиях первичного амбулаторного звена. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2021;17(2):178-85. doi:10.20996/1819-6446-2021-03-03.
 25. Naumova EA, Semenova ON. Modern view on the problem of patients' adherence to long-term treatment. *Cardiology: news, opinions, training*. 2016;2:30-9. (In Russ.) Наумова Е.А., Семенова О.Н. Современный взгляд на проблему приверженности пациентов к длительному лечению. *Кардиология: новости, мнения, обучение*. 2016;2:30-9.
 26. Wroe AL. Intentional and Unintentional Nonadherence: A Study of Decision Making. *J Behav Med*. 2002;25:355-72. doi:10.1023/A:1015866415552.
 27. Clifford S, Barber N, Horne R. Understanding different beliefs held by adherers, unintentional nonadherers, and intentional nonadherers: application of the Necessity-Concerns Framework. *J Psychosom Res*. 2008;64(1):41-6. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.05.004.
 28. National Collaborating Centre for Primary Care (UK). *Medicines Adherence: Involving Patients in Decisions About Prescribed Medicines and Supporting Adherence* [Internet]. London: Royal College of General Practitioners (UK); 2009 Jan. (NICE Clinical Guidelines, No. 76.) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55440/>. (05 May 2023).
 29. Martsevich SY, Navasardyan AR, Kutishenko NP, et al. The assessment of compliance to the use of new oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation according to the PROFILE register. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2014;10(6):625-30. (In Russ.) Марцевич С.Ю., Навасардян А.Р., Кутишенко Н.П. и др. Оценка приверженности к приему новых пероральных антикоагулянтов у пациентов с фибрилляцией предсердий по данным регистра ПРОФИЛЬ. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2014;10(6):625-30. doi:10.20996/1819-6446-2014-10-6-625-630.
 30. Martsevich SY, Lukina YV, Kutishenko NP, et al. Treatment Adherence and Quality of Life of Patients with Stable Ischemic Heart Disease in Treatment with Nicorandil: Interrelation and Interaction (According to the Results of the Observational Study NIKEA). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2018;14(3):409-17. (In Russ.) Марцевич С.Ю., Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П. и др. Приверженность к лечению и качество жизни больных стабильной ишемической болезнью сердца при лечении никорандилом: взаимосвязь и взаимовлияние (по результатам наблюдательного исследования НИКЕЯ). *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2018;14(3):409-17. doi:10.20996/1819-6446-2018-14-3-409-417.
 31. Martsevich SYu, Lukina YuV, Kutishenko NP, et al. Adherence to Statins Therapy of High and Very High Cardiovascular Risk Patients in Real Clinical Practice: Diagnostics and Possible Ways to Solve the Problem (According to the PRIORITY Observational Study). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2018;14(6):891-900. (In Russ.) Марцевич С.Ю., Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П. и др. Приверженность к терапии статинами пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска в условиях реальной клинической практики: диагностика и возможные пути решения проблемы (по данным наблюдательного исследования ПРИОРИТЕТ). *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2018;14(6):891-900. doi:10.20996/1819-6446-2018-14-6-891-900.
 32. Unni E, Farris KB. Determinants of different types of medication non-adherence in cholesterol lowering and asthma maintenance medications: a theoretical approach. *Patient Educ Couns*. 2011;83(3):382-90. doi:10.1016/j.pec.2011.02.017.
 33. Gast A, Mathes T. Medication adherence influencing factors-an (updated) overview of systematic reviews. *Syst Rev*. 2019;10(8):112. doi:10.1186/s13643-019-1014-8.
 34. Kadyrov RV, Asriyan OB, Kovalchuk SA. The questionnaire "Compliance level". *Vladivostok: Moscow State University*, 2014. p. 74. (In Russ.) Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А.

- Опросник "Уровень комплаентности". Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014. p.74. ISBN: 978-5-8343-0927-7.
35. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ*. 2006;333(7557):15. doi:10.1136/bmj.38875.675486.55.
 36. Martsevich SY, Tolpygina SN, Chernysheva MI, et al. Adherence to Attendance at Outpatient Clinic and Longterm Survival of Patients after Stroke in Outpatient Setting: the Data of REGION-M Registry. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2021;17(3):386-93. (In Russ.) Марцевич С. Ю., Толпыгина С. Н., Чернышева М. И. и др. Приверженность посещению поликлиники и отдаленная выживаемость больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, по данным амбулаторного этапа наблюдения в регистре РЕГИОН-М (посещение поликлиники и выживаемость после инсульта). *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2021;17(3):386-93. doi:10.20996/1819-6446-2021-06-04.
 37. Martsevich SY, Semenova YV, Kutishenko NP, et al. Assessment of patients' attendance at outpatient clinics and prehospital therapy: Russian acute coronary syndrome registry LISS-3 data. *Indian Heart J*. 2017;69(1):105-6. doi:10.1016/j.ihj.2016.11.005.
 38. Cramer JA, Scheyer RD, Mattson RH. Compliance declines between clinic visits. *Arch Intern Med*. 1990;150:1509-10.
 39. Podsadecki TJ, Vrijens BC, Tousset EP, et al. "White Coat Compliance" Limits the Reliability of Therapeutic Drug Monitoring in HIV-1-Infected Patients. *HIV Clinical Trials*. 2008;9:4:238-46. doi:10.1310/hct0904-238.
 40. Driscoll KA, Wang Y, Johnson SB, et al. White Coat Adherence Occurs in Adolescents With Type 1 Diabetes Receiving Intervention to Improve Insulin Pump Adherence Behaviors. *Journal of Diabetes Science and Technology*. 2017;11(3):455-60. doi:10.1177/1932296816672691.
 41. Zueger T, Gloor M, Lehmann V, et al. White coat adherence effect on glucose control in adult individuals with diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2020;168:108392. doi:10.1016/j.diabres.2020.108392.
 42. Baumgartner PC, Haynes RB, Hersberger KE, et al. A Systematic Review of Medication Adherence Thresholds Dependent of Clinical Outcomes. *Front Pharmacol*. 2018;9:1290. doi:10.3389/fphar.2018.01290.
 43. Lavsa SM, Holzworth A, Ansani NT. Selection of a validated scale for measuring medication adherence. *J Am Pharm Assoc*. 2011;51(1):90-4. doi:10.1331/JAPhA.2011.09154.
 44. Lukina YuV, Kutishenko NP, Martsevich SYu, et al. Questionnaires and scores for assessing medication adherence — advantages and disadvantages of the diagnostic method in research and actual clinical practice. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2020;19(3):2562. (In Russ.) Лукина Ю. В., Кутишенко Н. П., Марцевич С. Ю. и др. 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;19(3):2562. doi:10.15829/1728-8800-2020-2562.
 45. Fitilev SB, Vozzhaev AV, Shkrebnaya II, et al. Adherence to pharmacotherapy of cardiovascular diseases: the current state of the issue. High-quality clinical practice. 2019;4:66-80. (In Russ.) Фитилёв С. Б., Возжаев А. В., Шкребнева И. И. и др. Приверженность фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний: современное состояние вопроса. *Качественная клиническая практика*. 2019;4:66-80. doi:10.1016/2588-0519-2019-4-66-80.