



Мнения врачей относительно приверженности к терапии у пациентов с артериальной гипертензией: данные всероссийского опроса

Ионов М. В., Емельянов И. В., Свиричев Ю. В., Конради А. О.

Цель. Анкетирование российских медицинских специалистов по вопросам приверженности, поскольку высокая приверженность к антигипертензивной терапии (АГТ) — одно из основных условий для удовлетворительного контроля артериальной гипертензии, снижения сердечно-сосудистого риска. Ключевую роль в повышении приверженности играет врач, однако в России недостаточно данных относительно того, как специалисты воспринимают и решают проблему низкого комплаенса.

Материал и методы. В период с 4 марта по 1 июня 2025г были собраны данные анонимного онлайн опроса, который был размещен на сайте Российского кардиологического общества и содержал 11 вопросов в различных форматах. Специалисты проходили опрос по собственной инициативе.

Результаты. Опрос прошли 344 врача, в основном женщины (78%), кардиологи (83%), со стажем работы >10 лет (74%), ведущие амбулаторный прием (86%). Усредненное время обсуждения с пациентом АГТ составляло в среднем 1-5 мин (28% респондентов) и 6-10 мин (38%). По мнению большинства (73%), только 0-15% пациентов не начинают рекомендованное лечение, 33% респондентов считают, что более половины пациентов продолжают лечение спустя год. Относительно причин низкой приверженности 41,5% врачей согласны, что она чаще является осознанным решением пациента, большинство склонны считать, что повысить приверженность возможно, но 62,2% считают, что универсального метода для всех пациентов не существует. Основными методами диагностики приверженности служат нестандартизованные опросы, <25% используют прямые методы. С целью повышения приверженности чаще прибегают к информированию пациентов, упрощают схемы лечения. Совместное принятие терапевтических решений и внедрение образовательных программ менее распространены. Основными барьерами для повышения приверженности признаны высокая рабочая нагрузка, ограниченное время консультации и недостаточная системная поддержка; финансовые стимулы и нехватка опыта менее значимы.

Заключение. Врачи-респонденты воспринимают низкую приверженность к АГТ как сложный и многогранный конструкт, но оптимистично настроены в отношении возможностей ее повышения. Уровень внедрения современных методов детекции и повышения уровня приверженности низок, отчасти из-за высокой рабочей нагрузки. Необходима разработка простых в имплементации алгоритмов для диагностики и повышения приверженности, оптимизация организационных условий амбулаторной практики для улучшения данных результатов.

Ключевые слова: приверженность к лечению, артериальная гипертензия, медицинские работники, фармакотерапия, антигипертензивные препараты, анкетирование.

Отношения и деятельность. Работа выполнена в рамках реализации проекта государственного задания "Разработка персонализированного комплексного подхода к ведению пациентов с неконтролируемой эссенциальной арте-

риальной гипертензией с применением прямых методов оценки приверженности к лечению и телемедицинских технологий", рег. номер ЕГИСУ НИОКР 125031904080-9.

Благодарности. Авторы выражают признательность Анастасии Александровне Таничевой, исполнительному директору Российского кардиологического общества (Санкт-Петербург), и Валентине Александровне Рудометовой, администратору сайта scardio.ru, за помощь в организации анкетирования и подготовке данных для последующего анализа.

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

Ионов М. В.* — к.м.н., н.с. научно-исследовательской лаборатории патогенеза и терапии артериальной гипертензии научно-исследовательского отдела "Артериальная гипертензия", ORCID: 0000-0002-3664-5383, Емельянов И. В. — к.м.н., с.н.с. научно-исследовательской лаборатории патогенеза и терапии артериальной гипертензии научно-исследовательского отдела "Артериальная гипертензия", ORCID: 0000-0002-3176-0606, Свиричев Ю. В. — д.м.н., руководитель рабочей группы по сомнологии научно-исследовательского отдела "Артериальная гипертензия", ORCID: 0000-0002-3170-0451, Конради А. О. — д.м.н., академик Российской академии наук, зам. генерального директора по научной работе, ORCID: 0000-0001-8169-7812.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): ionov_mv@almazovcentre.ru

АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, АГТ — антигипертензивная терапия, АГП — антигипертензивный препарат, ТЛМ — терапевтический лекарственный мониторинг, DOT — прямая оценка приема препаратов под наблюдением медицинского специалиста (directly observed therapy).

Рукопись получена 08.07.2025

Рецензия получена 28.07.2025

Принята к публикации 13.08.2025



Для цитирования: Ионов М. В., Емельянов И. В., Свиричев Ю. В., Конради А. О. Мнения врачей относительно приверженности к терапии у пациентов с артериальной гипертензией: данные всероссийского опроса. *Российский кардиологический журнал*. 2025;30(9):6466. doi: 10.15829/1560-4071-2025-6466. EDN: VKKHPJ

Physicians' opinion on medication adherence of hypertensive patients: data from an Nationwide Russian Survey

Ionov M. V., Emelianov I. V., Sviryayev Yu. V., Konradi A. O.

Aim. To survey Russian medical professionals on compliance issues, since high adherence to antihypertensive therapy (AHT) is one of the main conditions for satisfactory control of hypertension (HTN) and reduction of cardiovascular risk. A physician plays a key role in increasing adherence, but in Russia there is insufficient data on how specialists perceive and solve the problem of low compliance.

Material and methods. Between March 4 and June 1, 2025, an anonymous online survey was conducted via the website of the Russian Society of Cardiology.

The questionnaire included 11 items in different formats and was completed on a voluntary basis.

Results. A total of 344 physicians participated, mostly women (78%), cardiologists (83%), with over 10 years of experience (74%), and involved in outpatient care (86%). The average time spent discussing AHT with patients was 1-5 minutes (28%) or 6-10 minutes (38%). Most respondents (73%) believed that only 0-15% of their patients with HTN never initiate the recommended therapy, and 33% estimated

that more than half continue treatment one year after initiation. A total of 41,5% of physicians agreed that nonadherence is usually a conscious decision, while most considered adherence improvement possible but doubted the existence of a universal strategy (62,2%). Unstructured patient interviews were the most common method for assessing adherence, while fewer than 25% used direct methods. Physicians primarily rely on patient education and treatment simplification to improve adherence. Shared decision-making and educational programs were less frequently used. Major barriers identified included high workload, limited consultation time, and lack of systemic support.

Conclusion. Surveyed physicians perceive low adherence in patients with HTN as a complex and multifaceted construct, but are optimistic about the potential for its improvement. The current level of implementation of modern methods for assessing and improving adherence remains low, partly due to high workload. There is a need to develop simple, easy-to-implement algorithms for identifying and addressing nonadherence, as well as to optimize the organizational conditions of outpatient care in order to provide effective support for patients with HTN.

Keywords: medication adherence, hypertension, health personnel, pharmacotherapy, antihypertensive drugs, questionnaire.

Relationships and Activities. The study was carried out as part of the state assignment project "Development of a personalized comprehensive approach to the management of patients with uncontrolled essential hypertension using direct

methods of treatment adherence assessment and telemedicine technologies", registration number 125031904080-9.

Acknowledgments. The authors are grateful to Anastasia A. Tanicheva, Executive Director of the Russian Society of Cardiology (Saint Petersburg), and Valentina A. Rudometova, website administrator of scardio.ru, for their assistance in organizing the survey and preparing the data for further analysis.

Almazov National Medical Research Center, St. Petersburg, Russia.

Ionov M.V.* ORCID: 0000-0002-3664-5383, Emelianov I.V. ORCID: 0000-0002-3176-0606, Sviryaev Yu.V. ORCID: 0000-0002-3170-0451, Konradi A.O. ORCID: 0000-0001-8169-7812.

*Corresponding author:
ionov_mv@almazovcentre.ru

Received: 08.07.2025 **Revision Received:** 28.07.2025 **Accepted:** 13.08.2025

For citation: Ionov M.V., Emelianov I.V., Sviryaev Yu.V., Konradi A.O. Physicians' opinion on medication adherence of hypertensive patients: data from an Nationwide Russian Survey. *Russian Journal of Cardiology*. 2025;30(9):6466. doi: 10.15829/1560-4071-2025-6466. EDN: VKKHPJ

Ключевые моменты

- Представлены результаты масштабного опроса врачей о восприятии проблемы приверженности к антигипертензивной терапии.
- Несмотря на признание её значимости, большинство врачей тратят на обсуждение терапии с пациентами не более 10 мин.
- Врачами используются в основном не прямые, не валидные методы оценки приверженности.
- Основные стратегии повышения приверженности включают информирование, упрощение схем лечения и напоминания.
- Отмечены значимые барьеры: недостаток времени, ресурсов и ограниченная доступность инструментов объективной оценки.

Key messages

- This article presents the results of a large-scale physician survey on perceptions of adherence to anti-hypertensive therapy.
- Despite recognizing its importance, most physicians spend no more than 10 minutes discussing therapy with patients.
- Physicians predominantly use indirect and mostly non-validated methods to assess adherence.
- Key strategies to improve adherence include patient education, treatment simplification, and use of reminders.
- Major barriers include lack of time, limited resources, and restricted access to objective assessment tools.

Недостаточная приверженность к терапии в последние годы рассматривается как основная причина отсутствия должного контроля артериальной гипертензии (АГ). Проблема несоблюдения врачебных рекомендаций неразрывно связана и с постепенным увеличением продолжительности жизни, и с усилением коморбидного фона, и с усложнением схем лечения и полипрагмазией, которые отражают современные тенденции здравоохранения развитых стран [1]. Известно, что при стабильном приеме трех антигипертензивных препаратов (АГП) у подавляющего большинства пациентов можно добиться удовлетворительного контроля АГ [2], поэтому рекомендуется проводить оценку факта и уровня приверженности уже на ранних этапах после назначения антигипертензивной терапии (АГТ).

Причины низкого комплаенса разнообразны, многофакторны [3] и приводят к значительному повышению глобального сердечно-сосудистого риска [4]. Понимание причин неприверженности и возможностей по ее преодолению крайне важно, т.к. иногда пациенты с неконтролируемой, в т.ч. предполагаемой резистентной АГ направляются в специализированные, федеральные учреждения и центры компетенций с целью дополнительной диагностики и возможного включения их в крупные клинические исследования новых АГП или для проведения им дорогостоящих и потенциально рискованных интервенционных вмешательств. При этом зачастую тривиальные процедуры по диагностике неприверженности оказываются пропущенными на начальном этапе лечения, что негативно сказывается в дальнейшем на клинико-

Таблица 1

Общая характеристика выборки

Показатель	Категория	n (%)
Пол	Мужской	76 (22,1)
Специальность	Кардиология	284 (82,6)
	Терапия	48 (14,0)
	Иная	12 (3,5)
Стаж работы	<1 года	13 (3,8)
	1-5 лет	33 (9,6)
	6-10 лет	45 (13,1)
	11-15 лет	58 (16,9)
	>15 лет	195 (56,7)
Тип учреждения	Городская/(меж)районная больница	98 (28,5)
	Поликлиника	88 (25,6)
	Университетская клиника	77 (22,4)
	Частный медицинский центр	81 (23,5)
Амбулаторный прием	Нет	49 (14,2)

экономической эффективности терапии, качестве жизни и прогнозе [5].

Последние десятилетия ознаменовались значительным прогрессом в вопросах диагностики приверженности [6] и ее оптимизации [7]. Упрощение схем лечения (например, за счет использования фиксированных комбинаций АГП) и активное внедрение самоконтроля артериального давления (АД) (в т.ч. дополненное телемедицинским наблюдением) не только способствует улучшению контроля АГ [8, 9], но повышает комплаенс и персистенцию — длительность стабильного приема АГП [10].

На этапе диагностики АГ, назначении и контроле эффективности АГТ ключевую роль играет врач. Понимание и отношение врачей к проблеме низкой приверженности, наличие возможностей ее выявления и улучшения или ограничений на этом пути, представляет особый научно-практический интерес. За рубежом неоднократно проводились анкетные опросы врачей терапевтических специальностей, посвященные этим концептам, однако подобных данных в Российской Федерации пока что недостаточно.

С этой целью мы провели анкетирование российских медицинских специалистов по вопросам приверженности. В этом опросе нам было важно выяснить, как врачи оценивают проблему приверженности к терапии, какие убеждения разделяют и какие лечебно-диагностические стратегии применяют.

Материал и методы

Опросник, изначально использованный группой Burnier M, et al. в крупном паневропейском опросе 2021г врачей из центров компетенций по АГ (26 вопросов) [11], был в значительной мере переработан и сокращен до 11 элементов (с одиночным, множественным выбором и, в некоторых случаях, шкалой

Ликерта), условно разделенных на 2 части: первая часть содержала базовые и вопросы об общей профессиональной деятельности (n=5); вторая часть была наполнена тематическими элементами, связанными с оценкой и контролем приверженности пациентов к приему АГТ (n=6). Анкета, представленная в Приложении, была размещена на Интернет-сайте Российского кардиологического общества.

Опрос проводился в период с 4 марта по 1 июня 2025г. Участники могли пройти опрос однократно. Одобрение этического комитета не потребовалось, поскольку участие в опросе было добровольным — сам факт ее заполнения являлся неформальным согласием.

Статистический анализ. Были применены методы описательной статистики с целью демонстрации распределения долей ответов по каждой категории для каждого вопроса. Проверка согласия распределения количественных показателей с нормальным (Гауссовым) проводилась при помощи критерия Шапиро-Уилка. Пропущенные данные исключались из анализа. Результаты ответов на отдельные вопросы анализировались с учетом пола, продолжительности профессионального стажа респондентов, места их основного трудоустройства и особенностей оказания медицинской помощи. В случае соответствия данных нормальному распределению значимость различий между переменными осуществлялась согласно критерию t Стьюдента, в противном случае — по критериям U Манна-Уитни или Уилкоксона. Сравнения категориальных переменных выполнялись с использованием χ^2 -теста и теста Мак-Немара (для связанных выборок). Пропущенные данные исключались попарно.

Различия показателей считались статистически значимыми при значениях $p < 0,05$. Статистический анализ данных, полученных в ходе исследования, прове-

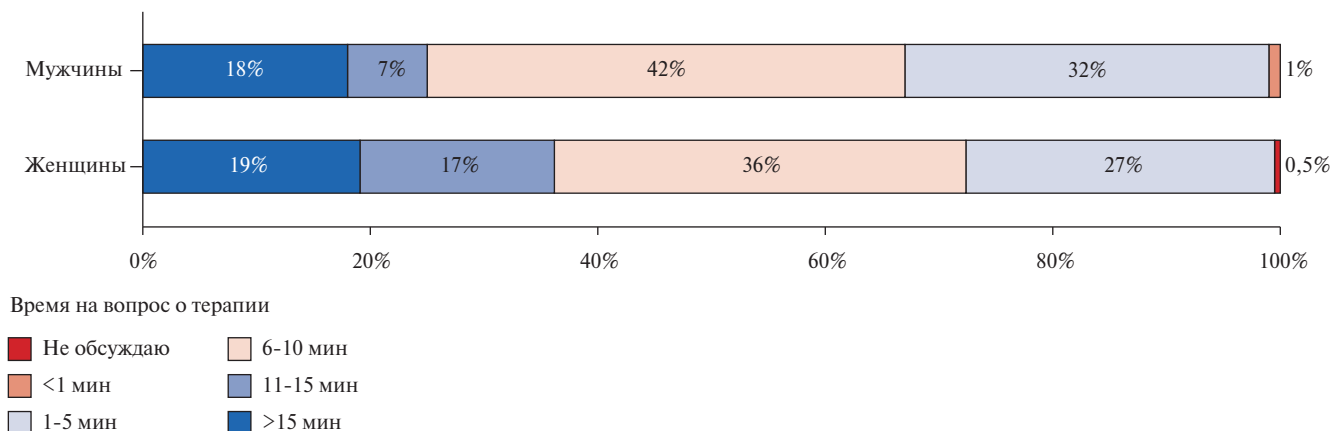


Рис. 1. Среднее время на обсуждение вопросов, связанных с АГТ.

Примечание: цветное изображение доступно в электронной версии журнала.

Таблица 2

Мнение врачей о вероятности начального комплаенса и персистенции у пациентов с АГ

Показатель	Категория	n (%)
Как Вы считаете, какова доля Ваших пациентов с артериальной гипертензией, которые вовсе не начинают лечение рекомендованными Вами препаратами?	0-15%	250 (72,7)
	16-35%	71 (20,6)
	36-65%	17 (4,9)
	66-85%	6 (1,7)
Как Вы считаете, какова доля Ваших пациентов с артериальной гипертензией, которые начинают лечение рекомендованными Вами препаратами?	16-35%	13 (3,8)
	36-65%	63 (18,3)
	66-85%	139 (40,4)
	86-100%	129 (37,5)
Как Вы считаете, какова доля Ваших пациентов с артериальной гипертензией, которые начали лечение рекомендованными Вами препаратами, продолжают прием назначенных Вами препаратов спустя 1 год?	0-15%	12 (3,5)
	16-35%	52 (15,1)
	36-65%	127 (36,9)
	66-85%	112 (32,6)
	86-100%	41 (11,9)

ден с использованием программного обеспечения для статистического анализа с открытым исходным кодом jamovi (Version 2.6), The jamovi project.

Результаты

В опросе приняли участие 344 врача. Как показано в таблице 1, большинство респондентов были женщины-кардиологи ($n=268$, 77,9%) с большим (>15 лет) стажем работы, которые проводят амбулаторные консультации ($n=295$, 85,8%) с пациентами с АГ. При этом распределение по типам учреждений, в которых трудятся врачи-респонденты, было приблизительно одинаковым.

Проанализировано среднее время на обсуждение с пациентом вопросов, связанных с АГТ, на отдельно взятой консультации. Как показано на рисунке 1, 96 (27,9%) врачей тратят от 1 до 5 мин и 129 (37,5%) от 6 до 10 мин на подобную дискуссию. При проведении оценки возможных различий статистически значимых различий между мужчинами и женщинами выявлено не было ($\chi^2(5)=6,49$; $p=0,26$). С другой

стороны, отмечены статистически значимые различия в этом отношении между типами учреждений, в которых работают врачи: в университетских клиниках и частных медицинских центрах врачи тратят на такую беседу больше времени (26 из 81 врача указали продолжительность беседы >15 мин), тогда как в городских больницах и поликлиниках преобладает продолжительность 1-10 мин ($p<0,01$). Врачи с небольшим стажем работы (<1 года) чаще указывали более короткие временные промежутки (1-5 мин у 62% респондентов), тогда как более опытные коллеги чаще тратят до 10 мин и более.

Был проведен анализ субъективного восприятия врачами аспектов начала АГТ и персистенции. По данным таблицы 2 большинство врачей считают, что лишь очень небольшая доля пациентов (до 15%) вообще не начинают рекомендованную АГТ, и по мнению 78% врачей >2/3 пациентов инициируют рекомендованную АГТ после проведенной консультации. Что же касается удержания комплаенса, то 32,6% респондентов считают, что более половины

Таблица 3

Мнение врачей о причинах и возможностях повышения приверженности к АГТ

Показатель	Категория	n (%)
В большинстве случаев низкая приверженность к лечению или полное отсутствие приверженности к лечению является осознанной	Полностью не согласен	16 (4,7)
	Не согласен	52 (15,1)
	Не могу дать однозначного ответа	132 (38,4)
	Согласен	115 (33,4)
	Полностью согласен	29 (8,4)
В большинстве случаев низкая приверженность к лечению или полное отсутствие приверженности к лечению является неосознанной	Полностью не согласен	38 (11,0)
	Не согласен	118 (34,3)
	Не могу дать однозначного ответа	106 (30,8)
	Согласен	74 (21,5)
	Полностью согласен	8 (2,3)
Я считаю, что повысить приверженность к лечению у пациентов возможно	Полностью не согласен	6 (1,7)
	Не согласен	5 (1,5)
	Не могу дать однозначного ответа	35 (10,2)
	Согласен	235 (68,3)
	Полностью согласен	63 (18,3)
Я считаю, что нет никакого отдельного метода повышения приверженности к лечению, который подходил бы для всех пациентов	Полностью не согласен	11 (3,2)
	Не согласен	64 (18,6)
	Не могу дать однозначного ответа	55 (16,0)
	Согласен	167 (48,5)
	Полностью согласен	47 (13,7)



Рис. 2. Методы диагностики неприверженности, используемые врачами у пациентов с АГ.

Сокращение: АД — артериальное давление.

пациентов продолжают следовать рекомендациям спустя 1 год после начала АГТ. Выявлены различия в ответе врачей по поводу ожидаемой доли пациентов, начинающих АГТ после консультации: чаще ответ, соответствующий высшему квинтилю (86-100%), выбирали врачи из частных учреждений, тогда как в других типах учреждений такой выбор встречался реже ($p < 0,01$).

Проведен анализ ответов респондентов на предложенные утверждения по поводу причин отсутствия или недостаточной приверженности, а также их убеждений по поводу возможности ее выявления

и улучшения. Как следует из таблицы 3, большинство врачей не могли утверждать, что основной причиной неприверженности является осознанный отказ от предложенной АГТ, хотя 33,4% согласились с данным утверждением. Большинство респондентов (68,3%) считали, что повысить уровень приверженности можно, однако по мнению почти половины участников опроса (49%) для этого нет единого метода. Анализ зависимости ответов от пола врача показал более оптимистичное настроение по поводу возможности улучшения комплаенса у врачей-женщин ($p = 0,05$). Врачи с большим стажем работы

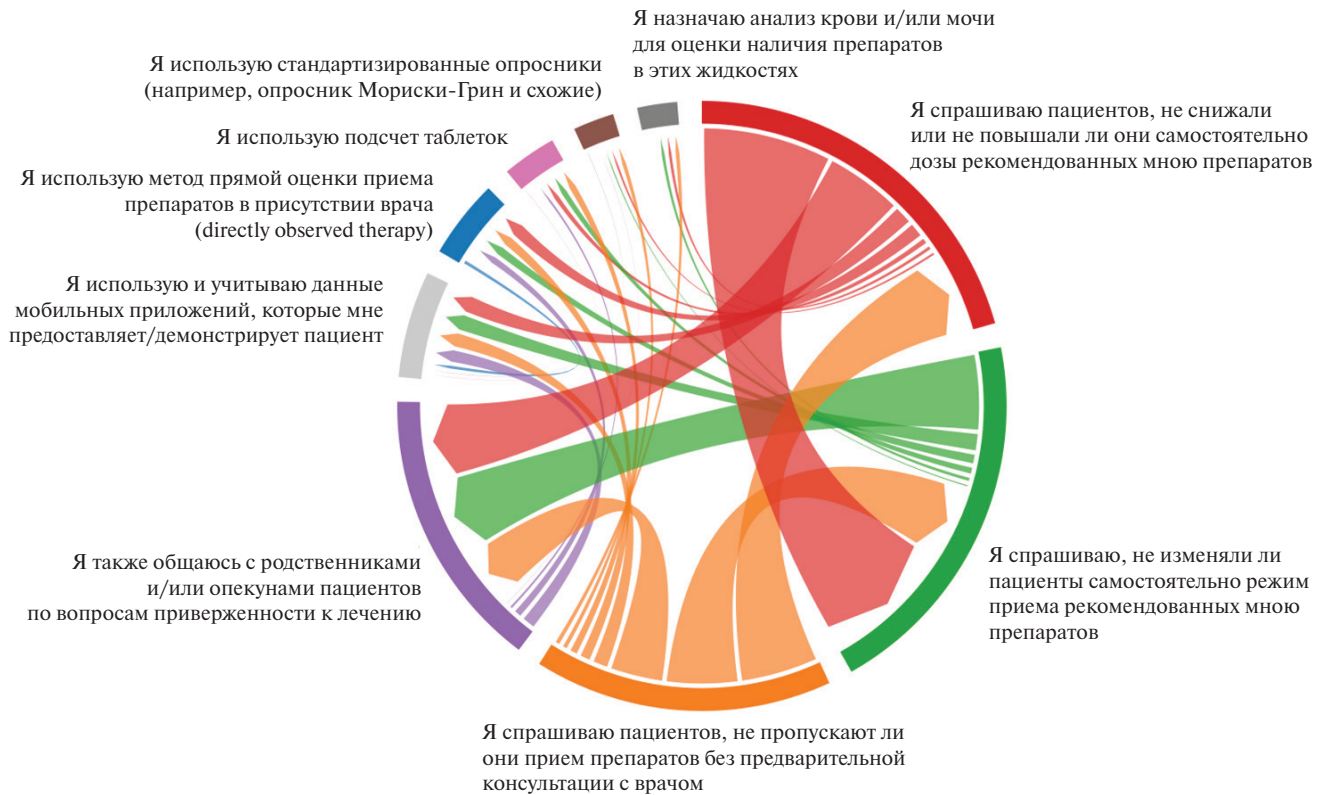


Рис. 3. Сетевая хордовая диаграмма, отражающая совместную встречаемость различных используемых врачами вариантов диагностики низкой приверженности.

(>10 лет) чаще выбирали ответ, отражающий высокую долю пациентов, которые начинают АГТ, а также не всегда согласны с тем, что отсутствие приверженности — это осознанный процесс; по сравнению с 52% согласных из опытных коллег, молодые врачи в 77% случаев соглашались с этим утверждением. Врачи поликлиник и частных медицинских центров также чаще выражают согласие с этим утверждением, нежели их коллеги из стационаров или федеральных центров.

В анкету были включены вопросы о методах диагностики и повышения приверженности, а также об ограничениях для ее повышения, с которыми врачи сталкиваются в своей повседневной практике. Предлагалась возможность множественного ответа. Согласно рисунку 2 основными методами диагностики стали результаты опроса пациентов относительно приема АГП. Доли иных методов диагностики (мобильные приложения, валидированные опросники и т.д.) были выражены ниже. Более 17% и 6% респондентов сообщили об использовании прямых методов оценки приверженности — прием АГП под непосредственным врачебным наблюдением (directly observed therapy, DOT) или терапевтический лекарственный мониторинг (ТЛМ), соответственно. Медиана используемых методов для одного респондента соответствовала 4 (3;5). Различий в количестве диагностических методов в зависимо-

сти от пола, специальности, стажа и типа учреждения не выявлено.

На рисунке 3 показан вес тех или иных комбинаций применяемых врачами методов диагностики, а согласно рисунку 4 чаще всего врачи используют комплекс базовых непрямых методов, нежели более валидные и/или прямые.

В ответ на вопрос об используемых ими методах повышения комплаенса чаще всего ими были (рис. 5): предоставление полной информации о состоянии и заболевании, разъяснение пользы регулярного приема АГП и объяснение действия назначенных АГП. Значительная часть врачей поощряет самостоятельный контроль АД и упрощает схемы лечения, в т.ч. назначая фиксированные комбинации АГП. Менее распространено внедрение мобильных приложений или образовательных мероприятий для пациентов. Вовлечение пациентов в совместный процесс принятия решений о лечении отмечено лишь 14% опрошенных. Медиана используемых методов одним респондентом равнялась 13 (8;16). Врачи обоего пола одинаково часто предоставляют пациентам полную информацию о их состоянии здоровья, вариантах лечения, действии АГП, побочных эффектах и возможностях их устранения. Однако врачи-мужчины реже приглашают пациентов на очные визиты при выявлении или подозрении на низкую приверженность ($p=0,02$). Они также значительно реже назначают

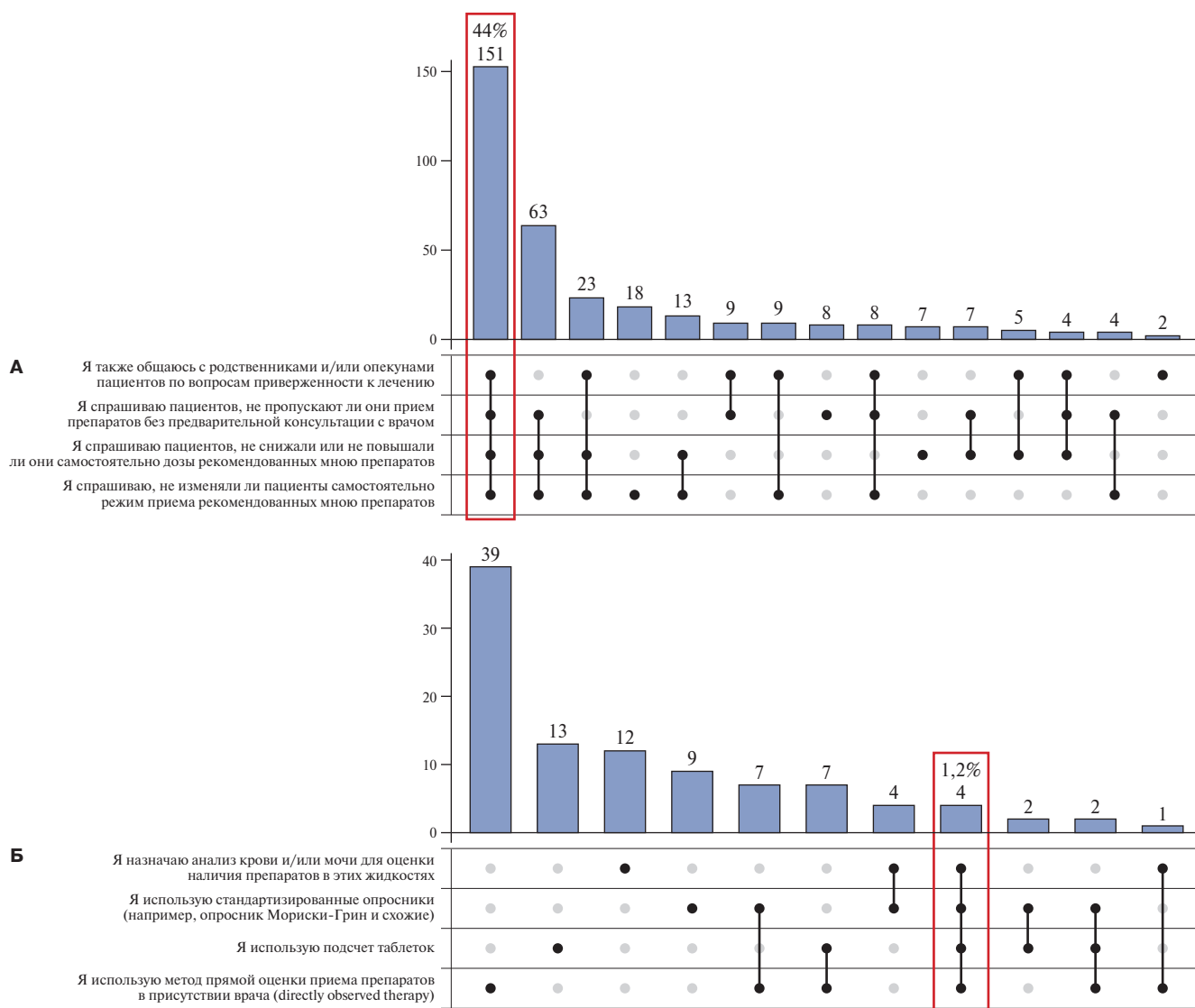


Рис. 4. (А) Наиболее часто встречаемые и (Б) наиболее редко встречаемые комбинации методов диагностики низкой приверженности, используемых врачами в практике.

АГП в форме фиксированных комбинаций ($p < 0,01$). Стаж врачей не влияет на большинство аспектов информирования и поддержки пациентов, хотя врачи со стажем работы < 1 года реже советуют вести таблицы и дневники приема АГП, менее активны в обсуждении с пациентами их убеждений и опасений, связанных с АГТ, нежели более опытные коллеги. Отмечалось, что врачи в частных медицинских центрах склонны использовать в своей работе более обширный арсенал различных методик, нежели их коллеги из государственных учреждений ($Me = 10$ vs $7,7$, $p = 0,04$). Также врачи с амбулаторной практикой используют значительно более обширный арсенал методик, нежели их коллеги из стационарного звена (Me 13 vs 8 методов, $p < 0,01$), а также врачи-кардиологи применяют в среднем 13 различных методов, по сравнению с 9 у терапевтов ($p = 0,04$).

Основными ограничениями (рис. 6) для повышения приверженности пациентов с АГ врачи называют высокую рабочую нагрузку, затрудняющую контроль за приемом АГП, и трудности в выявлении полной или недостаточной приверженности. Также отмечается недостаток ресурсов системы здравоохранения и сложности вовлечения пациентов в процесс принятия решений. Важным фактором является ограниченная длительность врачебной консультации, не позволяющая уделить достаточно внимания вопросам приверженности. Менее значимыми воспринимаются отсутствие финансовых стимулов, нехватка опыта в оценке приверженности и ограниченный доступ к научным и обучающим материалам. Медиана количества ограничений для одного респондента равнялась 3 (2;4). Статистически значимых различий при анализе частоты возникновения

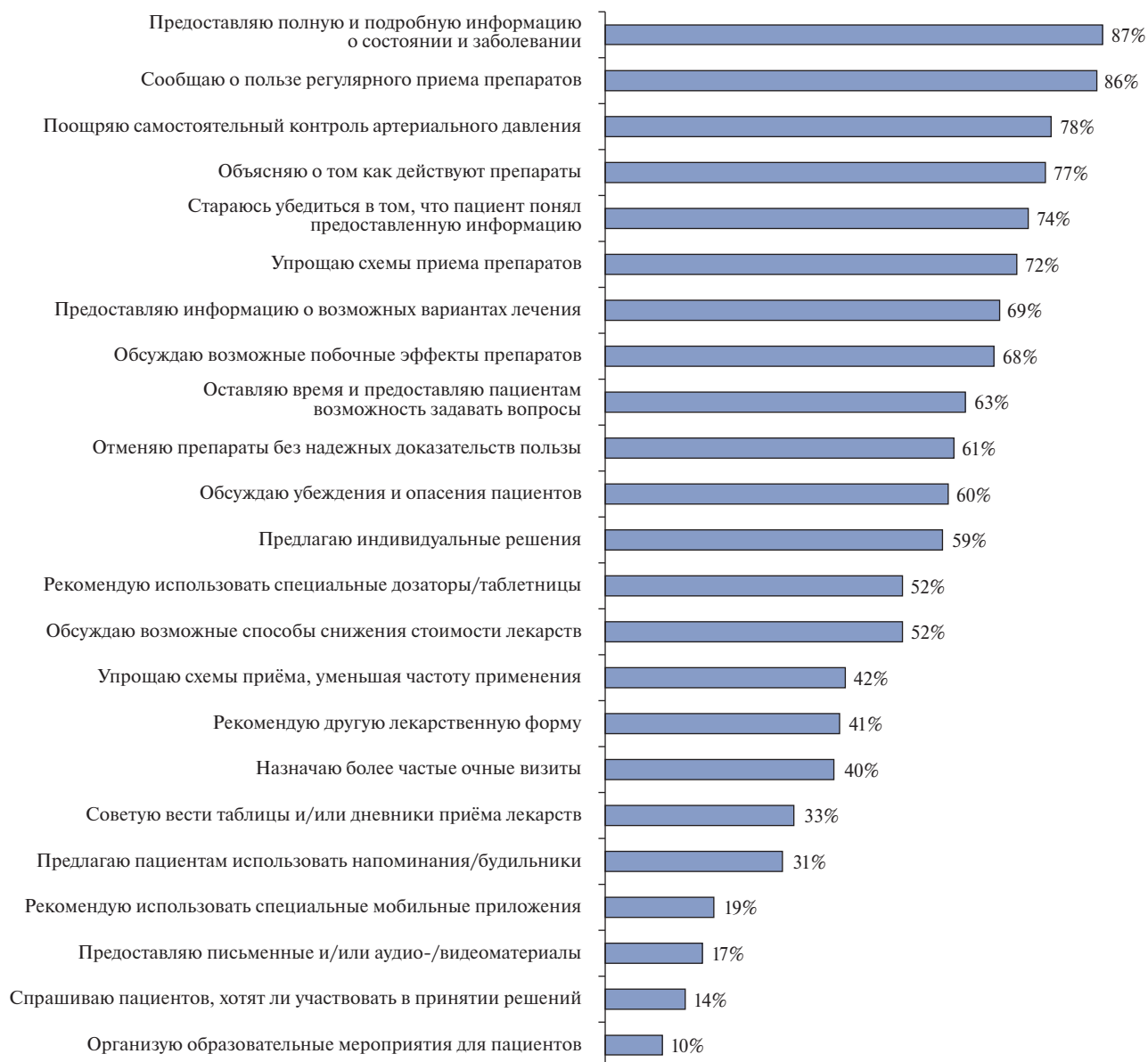


Рис. 5. Методы повышения уровня приверженности, используемые врачами у пациентов с АГ.



Рис. 6. Основные, по мнению врачей, ограничения для диагностики и повышения приверженности у пациентов с АГ.

тех или иных ограничений в зависимости от пола, стажа врача и места работы не было зафиксировано.

Обсуждение

Суммируя полученные данные проведенного нами опроса более чем 300 врачей, по большей части кардиологов с большим стажем работы, можно сделать следующие основные выводы. Во-первых, большинство врачей сходятся во мнении, что значительная доля консультируемых ими пациентов начинают АГТ после получения соответствующей рекомендации, и как минимум треть считает, что пациенты продолжают АГТ спустя 1 год после ее назначения. Во-вторых, респонденты считают приверженность серьезной и многогранной проблемой, которая в большинстве случаев связана именно с осознанным выбором пациента, и вполне оптимистично настроены в отношении возможностей ее повышения, хотя и отрицают наличие универсальных методов. В-третьих, врачи, большинство которых активны в профессиональном плане уже более 10 лет, тратят незначительное количество времени на обсуждение с гипертоническими пациентами вопросов, связанных с фармакотерапией, хотя и отмечены определенные расхождения по этому показателю между врачами из разных типов учреждений. В-четвертых, основные методы диагностики низкой приверженности связаны с неструктурированной беседой с пациентами или их родственниками; иные подходы, например, краткие опросники используются менее чем в 8%, прямые методы анализа — менее чем в 25% случаев. При этом именно комбинация бесед с пациентами или их родственниками по отдельным аспектам режима и дозировок АГП встречается наиболее часто (44%), а совместная встречаемость прямых методов (ТЛМ и DOT), опросников и подсчет таблеток — лишь в 1% ответов. В-пятых, врачи чаще выбирают с целью повышения приверженности к АГТ стратегии, ориентированные на предоставление информации и эмоционально-когнитивную поддержку пациентов. Формализованные и предметные методы, такие как использование мобильных приложений, письменных материалов или электронных напоминаний, применяются существенно реже. И наконец, основными барьерами для улучшения комплаенса является высокая рабочая нагрузка и недостаток времени консультативного приема для детального обсуждения вопросов, связанных с АГТ.

Продemonстрированные нами данные отчасти совпадают с ранее проведенными опросами среди медицинских специалистов в Европе. Наиболее актуальный опрос был проведен Burnier M, et al. [11], опубликованный в 2021г, в котором приняли участие 200 медицинских работников (в т.ч. медсестры) из 67 стран, 90% из которых трудились в основном более 10 лет в университетских клиниках или центрах компетенций по АГ. Намного более крупное анкетирование было проведено Clyne W, et al. в 2016г [12] в 10 евро-

пейских странах среди 3196 медицинских работников, включая врачей (855), медсестер (1047) и фармацевтов (1294), работающих в различных медицинских учреждениях первичного звена. При сравнении полученных нами данных мы больше ориентировались на первый из упомянутых.

Нами было показано, что большинство (~40%) специалистов тратят от 6 до 10 мин консультативного приема на обсуждение вопросов, связанных с АГТ, что отличается от вышеупомянутых опросов в Европе, где ~50% респондентов указывали в среднем 1-5 мин. Так как АГ — это хроническое заболевание, требующее постоянной и зачастую многокомпонентной АГТ, понимание пациентом необходимости регулярного приема АГП, а также информированность о механизмах их действия, возможных побочных эффектах требует времени. Увеличение продолжительности консультации позволяет уделить время правильному измерению офисного АД, детально обсудить вопросы, связанные с АГТ, повышая тем самым степень доверия пациентов и удовлетворенности консультацией [13]. Различия между нашим опросом и зарубежными, объясняются тем, что: а) опрос был проведен исключительно среди врачей, б) более четверти из которых трудятся в частных медицинских центрах, в) среднее время консультативного первичного приема врача-кардиолога в России превышает таковое в Европе [14] (от 8 до 15 мин vs 17-24 мин, установленных приказом Минздрава России от 19.12.2016 № 973н).

Так же как и в опросе Burnier M, et al. [11], врачи в России серьезно воспринимают проблему приверженности, хотя и настроены более оптимистично по поводу инициации АГТ и персистенции пациентов. Если в Европе >50% респондентов считали, что 36-65% пациентов начинают прием АГТ и затем стабильно продолжают его, то в нашем опросе более половины врачей уверены в >65% пациентов. Ответы участников по поводу их убеждений относительно причин неприверженности оказались схожими — около трети респондентов уверены в том, что она является осознанной, но убеждены в том, что повысить ее можно (>80% опрошенных в обоих анкетированиях).

Методы оценки факта и степени приверженности разнообразны и делятся на прямые и непрямые. Базовый непрямой метод — опрос пациента или его сопровождающих во время консультации. Являясь частью неформализованной беседы — фундамента отношений между врачом и пациентом — подобные интервью, по данным исследований, считаются наименее надежным источником информации для установления факта и степени комплаенса [15]. Согласно нашим данным, другие непрямые и более надежные методы диагностики (подсчет таблеток и использование дневников, в т.ч. электронных) используются намного реже. Интересно, что ~17% респондентов выбирали в качестве метода DOT и еще 6% — ТЛМ,

чего мы не ожидали, т.к. в отечественных рекомендациях 2024г [16] нет указаний на их применение в процессе диагностики приверженности, а публикаций по действенности этих методов в отечественной научной прессе крайне мало. С другой стороны, стоит также упомянуть, что лишь ~20% участников и европейского опроса [11] используют подобные методики, хотя в центрах компетенций за рубежом они доступны уже с начала 2010-х годов и стоимость их очень небольшая [5].

Большинство врачей используют для повышения приверженности хорошо известные приемы, описанные как в европейских, так и в отечественных рекомендациях по ведению пациентов с АГ: врачи чаще всего предоставляют пациентам подробную информацию о заболевании и пользе регулярного приема АГП, т.е. ведут просветительскую деятельность. Также популярны методы, направленные на повышение осознанности: поощрение самоконтроля АД, объяснение действия АГП и упрощение схем их приема. Реже используются технические средства, такие как мобильные приложения или письменные материалы, что указывает на потенциал для их более активного внедрения. Отметим, что вовлечение пациента в процесс принятия решений (т.н. shared decision making) было одним из наименее популярных вариантов ответа. Подобная стратегия является одной из ключевых по данным авторов европейских рекомендаций [17], но в отечественном руководстве ей практически не уделено внимания. С другой стороны, сама по себе стратегия совместного принятия решений состоит из отдельных шагов, и врачи, вероятно, чаще выбирали именно конкретные и легко дифференцируемые методы, отвечающие их понимаю концепции ценностной медицины [18]. Мы выявили некоторые различия в особенностях поведения врачей в зависимости от пола и стажа работы: среди врачей-мужчин проявляются признаки терапевтической инертности (они реже назначают пациентам повторные визиты и фиксированные комбинации АГП); врачи с небольшим стажем реже прибегали к пациент-ориентированному подходу, нечасто предлагали пациентам упрощенные варианты учета принимаемой АГТ.

Анализируя ответы врачей об ограничениях в диагностике и повышении комплаенса у пациентов с АГ, большинство ожидаемо указали на недостаток времени. При этом, в отличие от европейских коллег, более половины из которых сообщали об отсутствии достаточного опыта в вопросах диагностики низкой приверженности, в нашей выборке лишь 11% участников сослались на этот барьер. У большинства участников нет проблем с доступом к современной научной литературе и обучающим материалам, что может быть положительным образом связано с внедрением системы непрерывного медицинского образования [19].

Ограничения исследования. Проведенное нами исследование, как и большинство анкетирований, не лишено определенных ограничений, с учетом которых следует трактовать полученные результаты.

Несмотря на то, что Российское кардиологическое общество насчитывает >8 тыс. членов [20], а регулярно посещают сайт или являются подписчиками >60 тыс. пользователей, отклик был весьма скромным, а выборка — небольшой. Кроме того, мы не привлекали к опросу медицинских сестер, фармацевтов и врачей других специальностей (кроме терапевтов и кардиологов), которые, вполне возможно, также часто сталкиваются в своей практике с гипертензивными пациентами и проблемами низкой или недостаточной приверженности к АГТ.

Анкета предполагает стандартизацию вопросов, и полученные данные отражают лишь субъективную точку зрения врача, которая не подтверждена объективными данными. Участие в опросе было добровольным, поэтому нельзя исключить смещение выборки в сторону специалистов, заинтересованных проблемами приверженности и их решением.

Заключение

В настоящем исследовании среди специалистов с преимущественно большим рабочим стажем и ведущих амбулаторный прием большинство признают, что низкая приверженность к лечению у пациентов с АГ часто является сложным и многогранным феноменом, который не всегда носит осознанный характер; уверены в возможности повышения комплаенса, но сомневаются в наличии универсального подхода для всех пациентов. Чаще всего с целью повышения приверженности врачи прибегают к объяснениям и повышению медицинской грамотности пациентов, внедрение же современных цифровых инструментов и образовательных программ остается менее распространенным. Более трети респондентов тратят на обсуждение вопросов АГТ от 1 до 5 мин, и основными барьерами на пути повышения приверженности называют ограниченное время консультации, высокую рабочую нагрузку и недостаточную системную поддержку. Финансовые или проблемы недостаточного обучения не воспринимаются как первостепенные. Полученные данные подчеркивают необходимость развития комплексных и персонализированных стратегий повышения приверженности к лечению, а также улучшения организационных условий работы врачей, чтобы обеспечить качественную поддержку пациентов с АГ в амбулаторной практике.

Благодарности. Авторы выражают признательность Анастасии Александровне Таничевой, исполнительному директору Российского кардиологического общества (Санкт-Петербург), и Валентине Александровне

Рудометовой, администратору сайта scardio.ru, за помощь в организации анкетирования и подготовке данных для последующего анализа.

Отношения и деятельность. Работа выполнена в рамках реализации проекта государственного задания "Разработка персонализированного комплекс-

ного подхода к ведению пациентов с неконтролируемой эссенциальной артериальной гипертензией с применением прямых методов оценки приверженности к лечению и телемедицинских технологий", рег. номер ЕГИСУ НИОКТР 125031904080-9.

Литература/References

- Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380:37-43. doi:10.1016/S0140-6736(12)60240-2.
- Mancia G, Kreutz R, Brunström M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*. 2023;41:1874-2071. doi:10.1097/HJH.0000000000003480.
- Brant LCC, Passaglia LG, Pinto-Filho MM, et al. The Burden of Resistant Hypertension Across the World. *Current Hypertension Reports*. 2022;24:55-66. doi:10.1007/s11906-022-01173-w.
- Lee H, Yano Y, Cho SMJ, et al. Adherence to Antihypertensive Medication and Incident Cardiovascular Events in Young Adults With Hypertension. *Hypertension*. 2021;77:1341-9. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16784.
- Lane D, Lawson A, Burns A, et al. Nonadherence in Hypertension: How to Develop and Implement Chemical Adherence Testing. *Hypertension*. 2022;79:12-23. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.121.17596.
- Berra E, Azizi M, Capron A, et al. Evaluation of Adherence Should Become an Integral Part of Assessment of Patients With Apparently Treatment-Resistant Hypertension. *Hypertension*. 2016;68:297-306. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.116.07464.
- Pinho S, Cruz M, Ferreira F, et al. Improving medication adherence in hypertensive patients: a scoping review. *Preventive Medicine*. 2021;146:106467. doi:10.1016/j.ypmed.2021.106467.
- Boytsov SA, Karpov YA, Logunova NA, et al. Ways to improve adherence to antihypertensive therapy. *Russian Cardiology Journal*. 2022;27(9):5202. (In Russ.) Бойцов С.А., Карпов Ю.А., Логунова Н.А. и др. Пути повышения приверженности к антигипертензивной терапии. *Российский кардиологический журнал*. 2022;27(9):5202. doi:10.15829/1560-4071-2022-5202.
- Bingham JM, Black M, Anderson EJ, et al. Impact of Telehealth Interventions on Medication Adherence for Patients With Type 2 Diabetes, Hypertension, and/or Dyslipidemia: A Systematic Review. *Annals of Pharmacotherapy*. 2021;55:637-49. doi:10.1177/1060028020950726.
- Schmieder RE, Wassmann S, Predel H-G, et al. Improved Persistence to Medication, Decreased Cardiovascular Events and Reduced All-Cause Mortality in Hypertensive Patients With Use of Single-Pill Combinations: Results From the START-Study. *Hypertension*. 2023;80:1127-35. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.122.20810.
- Burnier M, Prejbisz A, Weber T, et al. Hypertension healthcare professional beliefs and behaviour regarding patient medication adherence: a survey conducted among European Society of Hypertension Centres of Excellence. *Blood Pressure*. 2021;30:282-90. doi:10.1080/08037051.2021.1963209.
- Clyne W, Mshelia C, McLachlan S, et al. A multinational cross-sectional survey of the management of patient medication adherence by European healthcare professionals. *BMJ Open*. 2016;6: e009610. doi:10.1136/bmjopen-2015-009610.
- Wilson AD, Childs S. Effects of interventions aimed at changing the length of primary care physicians' consultation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006;(3): CD003540. doi:10.1002/14651858.CD003540.pub2.
- Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*. 2017;7: e017902. doi:10.1136/bmjopen-2017-017902.
- Meddings J, Kerr EA, Heisler M, Hofer TP. Physician assessments of medication adherence and decisions to intensify medications for patients with uncontrolled blood pressure: still no better than a coin toss. *BMC Health Services Research*. 2012;12:270. doi:10.1186/1472-6963-12-270.
- Kobalava JD, Konradi AO, Nedogoda SV, et al. Arterial hypertension in adults. Clinical recommendations 2024. *Russian Cardiology Journal*. 2024;29(9):6117. (In Russ.) Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогода С.В. и др. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2024. *Российский кардиологический журнал*. 2024;29(9):6117. doi:10.15829/1560-4071-2024-6117.
- McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *European Heart Journal*. 2024;45:3912-4018. doi:10.1093/eurheartj/ehae178.
- Shlyakhto EV, Konradi AO, Zvartau NE, Ratova LG. Value-based medicine. 1st ed. Saint Petersburg: Info-ra; 2019. (In Russ.) Шляхто Е.В., Конради А.О., Звартан Н.Э., Ратова Л.Г. Ценностная медицина, или Value-based medicine. 1-е изд. СПб.: Инфо-ра; 2019. ISBN: 978-5-9907332-5-1.
- Kudrina EA. Effectiveness of specialist training in the system of continuous medical education. *Contemporary Problems of Healthcare and Medical Statistics*. 2019;(S5):96-7. (In Russ.) Кудрина Е.А. Эффективность подготовки специалистов в системе непрерывного медицинского образования. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2019;(S5):96-7.
- Shlyakhto EV. 60th anniversary of the Russian Cardiological Society: achievements and prospects. *Russian Cardiology Journal*. 2023;28(9):5539. (In Russ.) Шляхто Е.В. 60-летие Российского кардиологического общества: достижения и перспективы. *Российский кардиологический журнал*. 2023;28(9):5539. doi:10.15829/1560-4071-2023-5539.

Приложение

Опросник для врачей-кардиологов. Приверженность к лечению

Уважаемый(ая) коллега!

Благодарим Вас за уделённое время для прохождения данного опроса, посвящённого вопросам приверженности к лечению у пациентов с артериальной гипертензией. Ваше мнение и опыт крайне важны для нас. В данном опросе нет правильных или неправильных ответов — пожалуйста, указывайте те варианты, которые наиболее соответствуют Вашей практике и взглядам.

Опросник состоит из двух частей.

Первая часть включает обезличенные вопросы о Вас и Вашей общей профессиональной деятельности и не требует раскрытия Вашей персональной информации.

Во второй части представлены тематические вопросы, связанные с оценкой и контролем приверженности пациентов к приёму назначенной лекарственной терапии.

Обратите внимание, что все вопросы **второй части** касаются исключительно Вашего взаимодействия со **ВЗРОСЛЫМИ** пациентами с **АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ** и **НАЗНАЧЕННЫХ** им **ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ**.

Первая часть

1. Ваш пол (только 1 ответ)
 - Мужской
 - Женский
2. Укажите Вашу **основную** специальность (только 1 ответ)
 - Кардиология
 - Терапия
 - Иная
3. Укажите Ваш стаж работы по **основной** специальности (только 1 ответ)
 - Менее 1 года
 - 1-5 лет
 - 6-10 лет
 - 11-15 лет
 - Более 15 лет
4. Укажите тип медицинского учреждения, в котором Вы работаете большую часть времени? (только 1 ответ)
 - Университетская клиника/Федеральный/Национальный исследовательский медицинский центр
 - Городская/(меж)районная больница
 - Поликлиника
 - Частный медицинский центр
5. Консультируете ли Вы пациентов в амбулаторном порядке (ведете амбулаторный прием)? (только 1 ответ)
 - Да
 - Нет

Вторая часть

1. Сколько времени Вы в **среднем** тратите на обсуждение с пациентом вопросов, связанных с приемом лекарственных препаратов? (*в минутах, на отдельно взятой консультации с пациентами с артериальной гипертонией*)
 - Вообще не обсуждаю
 - Меньше 1 минуты
 - 1-5 минут
 - 6-10 минут
 - 11-15 минут
 - Больше 15 минут
2. Как Вы считаете, какова доля ВАШИХ пациентов с АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ **ВО ВСЕ** не **начинают** лечение рекомендованными Вами препаратами?
 - 0-15%
 - 16-35%
 - 36-65%
 - 66-85%
 - 86-100%
3. Как Вы считаете, какова доля ВАШИХ пациентов с АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, **которые** **НАЧИНАЮТ** лечение рекомендованными Вами препаратами?
 - 0-15%
 - 16-35%
 - 36-65%
 - 66-85%
 - 86-100%

4. Как Вы считаете, какова доля ВАШИХ пациентов с АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, которые НАЧАЛИ лечение рекомендованными Вами препаратами, ПРОДОЛЖАЮТ прием назначенных Вами препаратов спустя 1 ГОД?

- 0-15%
- 16-35%
- 36-65%
- 66-85%
- 86-100%

5. В большинстве случаев низкая приверженность к лечению или полное отсутствие приверженности к лечению **является осознанной** (пациент сознательно по разным причинам не начинает/не продолжает прием препаратов)

- Полностью не согласен
- Не согласен
- Не могу дать однозначного ответа
- Согласен
- Полностью согласен

6. В большинстве случаев низкая приверженность к лечению или полное отсутствие приверженности к лечению **является неосознанной**

- Полностью не согласен
- Не согласен
- Не могу дать однозначного ответа
- Согласен
- Полностью согласен

7. Я считаю, что повысить приверженность к лечению у пациентов возможно

- Полностью не согласен
- Не согласен
- Не могу дать однозначного ответа
- Согласен
- Полностью согласен

8. Я считаю, что нет никакого отдельного метода повышения приверженности к лечению, который подходил бы для всех пациентов

- Полностью не согласен
- Не согласен
- Не могу дать однозначного ответа
- Согласен
- Полностью согласен

9. Какие методы **оценки приверженности к приему препаратов** Вы в основном используете в своей практике у ВАШИХ пациентов? (множественный ответ)

- Я спрашиваю пациентов, не пропускают ли они прием препаратов без предварительной консультации с врачом.
- Я спрашиваю пациентов, не снижали или не повышали ли они самостоятельно дозы рекомендованных мною препаратов.
- Я спрашиваю, не изменяли ли пациенты самостоятельно режим приема рекомендованных мною препаратов.
- Я также общаюсь с родственниками и/или опекунами пациентов по вопросам приверженности к лечению.
- Я использую стандартизированные опросники (например, опросник Мориски-Грин и схожие).
- Я назначаю анализ крови и/или мочи для оценки наличия и/или концентрации препаратов в этих жидкостях.
- Я использую подсчет таблеток (доля принятых препаратов за определенный период времени от общего числа таблеток в упаковке).
- Я использую метод прямой оценки приема препаратов в присутствии медсестры или врача с последующим суточным мониторингом артериального давления (так называемая *directly observed therapy*).
- Я использую и учитываю данные мобильных приложений, которые мне предоставляет/демонстрирует пациент.

10. Какие методы **повышения приверженности** Вы в основном используете в своей практике у ВАШИХ пациентов? (множественный ответ)

- Я стараюсь предоставить пациентам наиболее полную и подробную информацию об их состоянии и заболевании.
- Я стараюсь предоставить пациентам наиболее полную и подробную информацию о возможных вариантах лечения их заболевания.
- Я объясняю пациентам о том, как действуют назначенные мною препараты.
- Я сообщаю пациентам о пользе регулярного приема назначенных мною препаратов.
- Я обсуждаю с пациентами возможные побочные эффекты препаратов и способы их избежания/устранения.
- Я стараюсь убедиться в том, что пациент понял предоставленную мной информацию.
- Я предоставляю письменные и/или аудио-/видеоматериалы, касающиеся назначенных препаратов.
- Я организую образовательные мероприятия для пациентов (например, школы для пациентов).
- Я рекомендую использовать специальные мобильные приложения для контроля приема препаратов.
- Я назначаю более частые очные визиты, если у пациентов возникают проблемы с приемом назначенных мною препаратов.
- Я поощряю самостоятельный контроль артериального давления (домашний мониторинг артериального давления).
- Я обсуждаю возможные способы снижения стоимости лекарств (замена оригинальных препаратов на дженерики).
- Если у пациентов возникают трудности с приёмом препаратов, я предлагаю решения, которые подходят к конкретно их ситуации.
- Я обсуждаю с пациентами их убеждения и опасения, которые могли или могут привести к несоблюдению режима или длительности непрерывного лечения.
- Я оставляю время и предоставляю пациентам возможность задавать вопросы о назначенных мною препаратах.
- Я спрашиваю пациентов, хотят ли они участвовать в принятии решений о своём лечении и дальнейшей диагностике.
- Я упрощаю схемы приёма назначенных препаратов, уменьшая частоту их применения (например, однократный вместо двухкратного приема).
- Я упрощаю схемы приема препаратов, назначая комбинированные препараты в форме фиксированных комбинаций из двух или более лекарственных средств.
- Я отменяю по моему мнению ненужные или препараты, для которых нет надежных доказательств их пользы.
- Я предлагаю пациентам использовать напоминания/будильники на мобильных устройствах.
- Я рекомендую использовать специальные дозаторы/таблетницы для препаратов.
- Я советую вести таблицы и/или дневники приёма лекарств.
- Я рекомендую лекарственную форму, которая наиболее подходит каждому конкретному пациенту (таблетки вместо капсул или наоборот).

11. Какие наиболее значимые **ограничения** для повышения приверженности к лечению у пациентов с артериальной гипертензией Вы бы могли назвать для себя? (множественный выбор)

- Трудности в выявлении (диагностике) полной неприверженности или недостаточной приверженности.
- Отсутствие или небольшой опыт в вопросах оценки и контроле за приверженностью у пациентов.
- Ограниченный доступ к научной базе о доказанных методах повышения приверженности к лечению.
- Отсутствие или ограниченный доступ к обучающим материалам, посвященным вопросам ведения пациентов с артериальной гипертензией.
- Высокая рабочая нагрузка, не позволяющая уделить внимание поддержке пациентов и контролю за должным приемом препаратов.
- Исключительно длительность отдельно взятой врачебной консультации не позволяет уделить внимание вопросам приверженности и путям по ее повышению.
- Недостаток ресурсов (человеческих, финансовых и проч.) системы здравоохранения на федеральном или региональном уровне.
- Трудности в вовлечении пациентов в процесс принятия решений по поводу своего здоровья и приема препаратов.
- Отсутствие финансовых и иных стимулов для оценки, контроля за и повышения приверженности к лечению.

Благодарим Вас за уделенное время!