



Согласованное мнение экспертов Российской кардиологической общества, Российской ассоциации эндокринологов и Ассоциации флебологов России в отношении приверженности к терапии хронических заболеваний

Галстян Г.Р.¹, Дедов И.И.¹, Золотухин И.А.², Конради А.О.³, Недошивин А.О.³, Сучков И.А.⁴, Шестакова М.В.¹, Шляхто Е.В.³

Согласованное мнение экспертов предлагает потенциальную программу действий для решения проблемы низкой приверженности к терапии малосимптомных хронических заболеваний. Эксперты признают приверженность ключевым фактором успеха в лечении хронических заболеваний и рассматривают улучшение приверженности как одну из стратегических задач всех программ по снижению смертности и в целом бремени хронических заболеваний.

Ключевые слова: мнение экспертов, приверженность, терапия, фиксированные комбинации, хронические заболевания, снижение смертности.

Отношения и деятельность. Статья опубликована при поддержке компании Сервье.

¹ГНЦ РФ ФГБУ НМИЦ эндокринологии им. акад. И.И. Дедова Минздрава России, Москва; ²ФГАОУ ВО Российской национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва; ³ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова Минздрава России, Санкт-Петербург; ⁴ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, Рязань, Россия.

Галстян Г.Р. — д.м.н., профессор, президент ОООИ "Российская диабетическая ассоциация", эндокринолог, диабетолог, зав. отделением диабетической стопы, ORCID: 0000-0001-6581-4521, Дедов И.И. — д.м.н., профессор, президент НМИЦ, Член Президиума РАН, академик, президент Российской ассоциации эндокринологов, главный внештатный специалист-эксперт эндокринолог Министерства здравоохранения России, ORCID: 0000-0002-8175-7886, Золотухин И.А. — д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии, зав. отделом фундаментальных и прикладных исследований в хирургии НИИ клинической хирургии, ORCID: 0000-0002-6563-0471, Конради А.О.* — д.м.н., профессор, академик РАН, зам. генерального директора по научной работе, зав. НИО артериальной гипертензии, зав. кафедрой организации управления и экономики здравоохранения Института медицинского образования, ORCID:

0000-0001-8169-7812, Недошивин А.О. — д.м.н., профессор, ученый секретарь, генеральный секретарь Российской кардиологического общества, ORCID: 0000-0001-8892-6411, Сучков И.А. — д.м.н., профессор, президент Ассоциации флебологов России, профессор кафедры сердечно-сосудистой, рентгенэндоваскулярной хирургии и лучевой диагностики, ORCID: 0000-0002-1292-5452, Шестакова М.В. — д.м.н., профессор, академик РАН, директор Института Диабета, зав. кафедрой диабетологии и диетологии, ORCID: 0000-0002-5057-127X, Шляхто Е.В. — д.м.н., профессор, академик РАН, Генеральный директор, президент Российской кардиологической общества, главный внештатный специалист-кардиолог Минздрава России, ORCID: 0000-0003-2929-0980.

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

АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения, СД — сахарный диабет, СН — сердечная недостаточность, ФК — фиксированные комбинации.

Рукопись получена 12.08.2025

Принята к публикации 11.11.2025



Для цитирования: Галстян Г.Р., Дедов И.И., Золотухин И.А., Конради А.О., Недошивин А.О., Сучков И.А., Шестакова М.В., Шляхто Е.В. Согласованное мнение экспертов Российской кардиологической общества, Российской ассоциации эндокринологов и Ассоциации флебологов России в отношении приверженности к терапии хронических заболеваний. *Российский кардиологический журнал*. 2025;30(11):6676. doi: 10.15829/1560-4071-2025-6676. EDN: GWEUFG

Consensus of experts from the Russian Society of Cardiology, the Russian Endocrinology Association, and the Russian Phlebology Association on medication adherence in chronic diseases

Galstyan G.R.¹, Dedov I.I.¹, Zolotukhin I.A.², Konradi A.O.³, Nedoshivin A.O.³, Suchkov I.A.⁴, Shestakova M.V.¹, Shlyakhto E.V.³

The expert consensus proposes a potential program of action to address the problem of low medication adherence in asymptomatic chronic diseases. The experts recognize adherence as a key factor in the success of chronic disease treatment and consider improving adherence as one of the strategic objectives of all programs to reduce mortality and the overall burden of chronic diseases.

Keywords: expert opinion, adherence, therapy, fixed combinations, chronic diseases, mortality reduction.

Relationships and Activities. The article was published with the support of the Servier company.

¹Dedov National Medical Research Center of Endocrinology, Moscow; ²Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow; ³Almazov National Medical Research Center, Saint Petersburg; ⁴Pavlov Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia.

Galstyan G.R. ORCID: 0000-0001-6581-4521, Dedov I.I. ORCID: 0000-0002-8175-7886, Zolotukhin I.A. ORCID: 0000-0002-6563-0471, Konradi A.O.* ORCID: 0000-0001-8169-7812, Nedoshivin A.O. ORCID: 0000-0001-8892-6411, Suchkov I.A. ORCID: 0000-0002-1292-5452, Shestakova M.V. ORCID: 0000-0002-5057-127X, Shlyakhto E.V. ORCID: 0000-0003-2929-0980.

*Corresponding author: konradi@almazovcentre.ru

Received: 12.08.2025 Accepted: 11.11.2025

For citation: Galstyan G.R., Dedov I.I., Zolotukhin I.A., Konradi A.O., Nedoshivin A.O., Suchkov I.A., Shestakova M.V., Shlyakhto E.V. Consensus of experts from the Russian Society of Cardiology, the Russian Endocrinology Association, and the Russian Phlebology Association on medication adherence in chronic diseases. *Russian Journal of Cardiology*. 2025;30(11):6676. doi: 10.15829/1560-4071-2025-6676. EDN: GWEUFG

Актуальность проблемы приверженности в лечении хронических заболеваний трудно переоценить. Если ранее о низкой приверженности чаще всего говорили в лечении малосимптомных заболеваний, таких как артериальная гипертензия (АГ) или гиперлипидемия, то сегодня стало очевидным, что даже в лечении стабильной стенокардии, депрессии, сахарного диабета (СД) и сердечной недостаточности (СН) низкая приверженность к лечению встречается более чем в половине случаев [1]. Низкая приверженность к лечению характерна также для хронических заболеваний вен, поражающих 60% взрослого населения, особенно среди коморбидных пациентов.

Приверженность к лечению определяется Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как степень, в которой поведение пациента в отношении приема лекарств, соблюдения диеты и/или изменения образа жизни соответствует рекомендациям лечащего врача¹.

В целом в 2019г хронические неинфекционные заболевания стали причиной ~91% (4,9 млн) смертей в Европейском Союзе². Расходы, связанные с лечением хронических заболеваний, также значительны: на четыре основных направления (злокачественные новообразования, СД, хронические респираторные и сердечно-сосудистые заболевания) приходится не менее 25% национальных расходов на здравоохранение [2]. Чтобы решить эту растущую проблему, необходимо обеспечить оптимальную профилактику, диагностику и лечение хронических заболеваний.

Влияние приверженности терапии на бремя хронических заболеваний

Низкая приверженность к терапии создает проблемы для системы здравоохранения и здоровья пациентов. Она ответственна за существенное повышение расходов и уменьшение продолжительности жизни пациентов с хронической патологией. Такие международные организации, как ВОЗ и Европейская комиссия, в документах, посвященных рациональному использованию лекарственных средств, признали необходимость принятия мер по борьбе с низкой приверженностью пациентов.

Для АГ приверженность к лечению является ведущей проблемой, препятствующей достижению целевых значений как в масштабе популяции, так и у конкретного пациента [3-8]. Показано, что именно низкая приверженность к терапии АГ коррелирует с повышенным риском сердечно-сосудистых событий [9, 10].

В целом бремя любой патологии всегда усугубляется при плохой приверженности, а несоблюдение

рекомендаций врача значительно влияет на результаты лечения, в т.ч. хирургического [11].

Методы оценки приверженности

На практике чаще всего приверженность оценивается при помощи опросников или по данным счета препаратов (в случае клинических исследований). Логично, что получение информации от самих пациентов носит субъективный характер и часто искажает реальную ситуацию. Объективные методы оценки приверженности, такие как обнаружение назначенных препаратов в образцах крови или мочи и непосредственная оценка результата приема препаратов (прием таблеток во время суточного мониторирования артериального давления (АД) или под контролем медицинского работника), продемонстрировали свою потенциальную пользу, особенно в условиях резистентной гипертензии [12]. Однако в настоящее время все методы оценки приверженности к лечению имеют свои ограничения. В клинической практике приверженность к приему препаратов почти всегда ниже, чем в клинических исследованиях [13].

Причины низкой приверженности к лечению

Низкая приверженность к терапии зависит от многих факторов [7]. По данным ВОЗ существует 5 групп причин нарушений приверженности (рис. 1)¹. Личность пациента, само заболевание и характер лечения имеют значение, равно как процесс взаимодействия пациента с медицинским работником и сама доступность медицинской помощи.

Новые рекомендации по лечению АГ и повышенного АД Европейского общества кардиологов предлагают акцентировать внимание не трех разных аспектах приверженности, каждый из которых имеет свои причины и свои методы воздействия [14]. Эти аспекты включают в себя процесс инициации терапии (готовность пациента начать регулярную терапию), процесс имплементации (следование конкретным рекомендациям по приему нужных препаратов в нужное время с требуемой регулярностью) и удержание на терапии. На каждом этапе необходимо сфокусировать внимание и помнить, что успешное начало не всегда сопровождается длительным удержанием на терапии и что необходимы долгосрочные стратегии для решения вопроса в перспективе на годы терапии.

Пришло время действовать, или как мы можем повлиять на приверженность

Учитывая множество пересекающихся причин, приводящих к несоблюдению назначенного лечения, решение проблемы низкой приверженности должно быть комплексным с участием самих пациентов, клиницистов, системы организации здравоохранения и фарм-индустрии.

Исследования показывают, что улучшение приверженности терапии позволяет экономить деньги и повышает эффективность системы здравоохране-

¹ World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>.

² Institute for Health Metrics and Evaluation (2019), Global Burden of Disease (GBD) study. Available at: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТА

- Когнитивный дефицит
- Расстройства зрения и слуха
- Недостаточность знаний о заболевании
- Низкая мотивация
- Неясность цели лечения

РЕЖИМ ТЕРАПИИ

- Сложность режима
- Длительность терапии
- Частые изменения
- Побочные эффекты, в том числе в анамнезе

ПЛОХАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ



СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ

- Отсутствие страховки
- Стоимость лекарств
- Плохие условия жизни
- Лимит доступа к помощи

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Взаимодействие с медицинским работником
- Ожидание
- Отсутствие продленного наблюдения и мониторинга
- Ограничение доступа к лекарству

СВОЙСТВА ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Бессимптомность или слабая выраженность заболевания
- Депрессия

Рис. 1. Пять факторов, влияющих на приверженность, при терапии АГ (ВОЗ, 2003).

ния³. Так, показано, что поддержка пациентов в соблюдении назначенного лечения может спасти почти 200 тыс. жизней ежегодно в Европе и сократить расходы системы здравоохранения и общества⁴. Снижение расходов связано с профилактикой острых и хронических осложнений большинства заболеваний, не только инфарктов миокарда и инсультов, но и трофических изменений нижних конечностей, микрососудистых осложнений СД, СН. Как ни странно, даже в лечении онкологических заболеваний, особенно при режимах длительной гормональной и цитостатической терапии, нередким является нарушение приверженности, что влечёт за собой серьезные последствия.

Потенциальные меры повышения приверженности включают:

1. Повышение эффективности взаимодействия пациентов с медицинскими работниками

Медицинские работники играют очень важную роль в создании мотивации и обеспечении приверженности терапии, поэтому они должны принимать активное участие в разработке мер, направленных на борьбу с низкой приверженностью¹. Самыми очевидными мерами являются индивидуализированное создание мотивации у пациента, облегчение доступа к медицинской помощи, в т.ч. визиту к врачу или онлайн-консультации,

установление психологического контакта и взаимного доверия. В связи с дефицитом времени и профессиональным выгоранием врачей на практике данным аспектам уделяется недостаточно внимания. Это приводит к снижению приверженности.

Вовлечение пациентов в процесс лечения лежит в основе решения проблемы низкой приверженности. Вовлечение пациента предполагает совместное принятие решений, участие пациента в выборе мер по повышению приверженности, самоконтроль АД, уровня глюкозы крови, самостоятельную оценку динамики отеков нижних конечностей, прогрессирования варикозного расширения вен, применение различных видов дистанционных технологий, изменение образа жизни. В ряде случаев пациентские организации могут внести свой вклад в улучшение приверженности¹. Например, организации пациентов могут помочь пациентам почувствовать себя полноправным участником процесса лечения путем повышения их медицинской грамотности⁵. Как правило, информирование пациентов осуществляется путем различных памяток и брошюр, информации на интернет-ресурсах, реже — в школах для пациентов, последнее распространено более для заболеваний с более сложным участием пациента в лечении, например, при СД, особенно требующем введения инсулина. К сожалению, предоставление пациентам дополнительной информации об их болезни и лечении не всегда является достаточным условием для решения проблемы низкой приверженности.

³ WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL) (2021). International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19). Available at: <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>.

⁴ Institut Sapiens (2023), Améliorer l'adhésion thérapeutique: un enjeu de santé publique. Available at: <https://www.institutsapiens.fr/wp-content/uploads/2023/06/Ameliorer-ladhesion-therapeutique-V1.pdf>.

⁵ European Patients Forum (2015), Adherence and Concordance. Available at: https://www.eu-patient.eu/globalassets/policy/adherence-compliance-concordance/adherence-paper-final-rev_external.pdf.

По данным исследования ВОЗ, проведенного в 2019г, 27,1% пациентов в шести европейских странах считают, что им трудно или очень трудно понять памятки для пациентов³. Альтернативой может стать поддержка пациентов и повышение их медицинской грамотности, осуществляя врачами и медицинскими сестрами⁶.

2. Обучение пациентов

В настоящее время практика обучения пациентов с хроническими заболеваниями, такими как СД, ожирение, бронхиальная астма, АГ и др., с целью вовлечения больного в процесс лечения, широко распространена и стала уже чем-то само собой разумеющимся. За последние четыре десятилетия опубликованы результаты множества исследований, доказавших эффективность терапевтического обучения, созданы разнообразные обучающие программы, функционируют Школы для пациентов. В мире действует Глобальная инициатива по борьбе с бронхиальной астмой, включающая раздел по обучению пациентов управлению заболеванием⁷. Национальные программы для пациентов с бронхиальной астмой действуют в России [15], Китае [16], США [17]. Большое внимание в мире уделяется также обучению пациентов с АГ и вовлечению их в лечебный процесс [15, 18, 19]. В 1998г был опубликован Отчет рабочей группы ВОЗ, посвященный новому самостоятельному направлению в медицине — терапевтическому обучению. В документе, в частности, приводится перечень заболеваний и состояний, при которых обучение пациентов может быть полезным. Кроме уже упоминавшихся СД, АГ, бронхиальной астмы, ожирения, — это аллергические, онкологические заболевания, ларинго- и гастроэнтериты, гемофилия, ишемическая болезнь сердца, СН, цереброваскулярные заболевания, циррозы, язвенная болезнь, хроническая надпочечниковая недостаточность, нарушения функции щитовидной железы, синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), туберкулез, деменция, депрессия, артриты, ампутации конечностей, остеопороз, эпилепсия, тугоухость, снижение зрения и слепота, почечная недостаточность, диализ, состояния после пересадки органов и многое другое. Основные положения терапевтического обучения были сформулированы в отчёте экспертов ВОЗ следующим образом. Терапевтическое обучение должно предоставлять пациенту возможность овладеть умениями, позволяющими оптимально управлять своей жизнью с заболеванием; представляет собой непрерывный процесс, который должен быть интегрирован в систему медицинской помощи; центрировано на пациенте; включает информацию, обучение "самопомощи" и психологиче-

скую поддержку, относящиеся к заболеванию и предписанному лечению; его целями являются также помочь пациентам и их семьям в лучшей кооперации с медицинскими работниками и улучшение качества жизни. Обучение больных в таком определении сильно отличается от традиционной "санитарно-просветительной работы", каковой оно может представляться неспециалистам. В обсуждаемом документе подчеркивается, что принципиальной целью обучения является терапевтический эффект, наряду с другими лечебными мероприятиями (фармакологическими, диетическими и т.п.)⁸.

Особенно много научных исследований и практических инструментов обучения относится к СД, который можно рассматривать как наиболее репрезентативную модель сложного хронического заболевания, при котором деятельность пациента, относящаяся к контрольно-лечебному процессу, во многом определяет прогноз. В Российской Федерации обучение пациентов с СД начало активно развиваться достаточно рано — в конце 80-х гг прошлого века. Началом обучения как полноправного направления научной диабетологии можно считать старт в 1989г в Эндокринологическом научном центре РАМН первого отечественного исследования эффективности применения структурированной программы лечения и обучения пациентов с СД 1 типа. По результатам 2-летнего наблюдения была доказана эффективность обучения в отношении клинико-метаболических (уровень гликированного гемоглобина, частота эпизодов тяжелых гипогликемий и диабетического кетоацидоза) и медико-социальных (число дней временной нетрудоспособности, длительность связанного с СД стационарного лечения) параметров, а также показателей, отражающих связанное с заболеванием поведение пациента (частота проведения самоконтроля, наличие заполняемого "дневника диабета", частота и адекватность изменения дозы инсулина, наличие при себе у пациента легко усваиваемых углеводов для купирования гипогликемии т.д.). Также была доказана высокая экономическая эффективность данной программы. Более того, наблюдение пациентов, включенных в данное исследование, продолжалось в течение 13 лет и показало высокую эффективность обучающей программы в отношении острых и хронических осложнений СД, а также в снижении числа госпитализаций и показателей временной нетрудоспособности на протяжении всего периода наблюдения [20-23]. Другое проспективное исследование, оценивавшее эффективность структурированной программы лечения и обучения пациентов с СД 2 типа, не получающих инсулин, продемонстрировало значимую положительную динамику индекса массы тела, уровня

⁶ World Health Organization (1998), Therapeutic Patient Education — Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108151/9789289012980-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

⁷ Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2023, p. 98-105. Available at: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2023/05/GINA-2023-Full-Report-2023-WMS.pdf>.

⁸ Therapeutic patient education. Continuing educational programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO working group. World Health Organization. 1998.

гликованного гемоглобина и общего холестерина через 6 и 12 мес. после завершения цикла стационарного и амбулаторного обучения с их равной эффективностью [24]. Эти данные позволили обоснованно перевести обучение больных СД 2 типа преимущественно на амбулаторную, более экономичную модель.

В настоящее время исследовательский интерес к терапевтическому обучению не ослабевает. Тенденции в публикационной активности по данной тематике демонстрируют экспоненциальный рост при оценке периода с 1990 по 2020гг. Пятью основными направлениями, демонстрирующими наиболее активную исследовательскую активность за этот период, были бронхиальная астма, СД, АГ, ревматоидный артрит, а также отказ от курения [25]. Широкое внедрение в повседневную жизнь цифровых и интернет-технологий явилось благодатной почвой для создания различных дистанционных форм обучения, мобильных приложений, веб-порталов [26]. К настоящему времени в интернет-пространстве и на электронных маркетплейсах собран значительный обучающий ресурс, доступный самым разным категориям пациентов, что потенциально могло бы решить проблему массового обучения, независимо от уровня доходов, образования, места проживания. Несмотря на то, что эффективность цифровых вариантов обучения была многократно продемонстрирована, всё же на протяжении последних десяти лет не произошло значимого увеличения доли компенсированных лиц с СД не только 2, но и 1 типа, с дебютом в более молодом возрасте и потому достаточно хорошо ориентированных в мире технологий [27]. Это свидетельствует о том, что сама по себе цифровизация терапевтического обучения как тренд современности не изменила ситуацию с контролем СД. Все это возвращает нас к идее о том, что базовым принципом обучения должно быть формирование мотивации и изменение поведения у пациента, тогда как цифровые технологии могут быть лишь вспомогательным инструментом в этом процессе. Перспективным направлением в создании обучающих программ будущего является мотивационно-поведенческая концепция, где активно применяются инструменты поведенческой терапии, мотивационного консультирования. Безусловно, следует отметить, что недостатком этого подхода является высокая стоимость за счет вовлечения специалистов разного профиля (психологов, коучей, диетологов, эндокринологов). В то же время стратегии поведенческой коррекции заложены в простых методиках современного обучения. К ним можно отнести геймификацию (применение игровых элементов и техник в решении неигровых задач); сторителлинг (способ донесения информации через рассказ коротких историй, пересекающихся с жизненным опытом про реальных или выдуманных персонажей) и многие другие [28]. Значение терапевтического обучения при СД трудно переоценить, и ему, в частности, уделяется большое внимание в Федеральном проекте "Борьба с сахарным

диабетом", принятом в 2023г. Развитие школ для пациентов СД является одним из ключевых аспектов оценки эффективности реализации Федеральной целевой программы "Борьба с сахарным диабетом".

3. Цифровые инструменты поддержки пациентов

Пациенты все чаще стремятся использовать цифровые инструменты для управления своими заболеваниями. Такие инструменты, как приложения для смартфонов, могут напоминать им о необходимости приема лекарств, помогать отслеживать их использование и связывать с медицинскими работниками. Такие решения позволяют пациентам контролировать свое лечение, быстро внедряются и помогают снизить общие расходы системы здравоохранения. По оценкам специалистов, инструменты мониторинга с использованием искусственного интеллекта для улучшения приверженности к лечению могут спасти до 20 тыс. жизней в год в Европе⁹.

Существует множество цифровых решений, таким образом осуществить напоминание пациенту о необходимости приема лекарств и иметь обратную связь от веб-приложений и различных умных устройств (часы, браслеты, кольца) до банального смс-информирования. Однако, несмотря на развитие цифровых инструментов поддержки, способствующих повышению приверженности, существует мало данных об эффективности этих вмешательств. По этой причине на сегодняшний день давать рекомендации по конкретным цифровым решениям считается преждевременным. В последней версии клинических рекомендаций Европейского общества кардиологов 2024г указано, что дистанционный мониторинг АД также не показал клинико-экономических преимуществ по сравнению со стандартным самоконтролем АД [14].

4. Модификация самого лечения. Фиксированные комбинации (ФК)

Сложные схемы лечения, особенно, требующие от пациентов приема нескольких таблеток в разное время, могут затруднять соблюдение режима лечения и вызывать психологические проблемы.

Важным моментом в повышении приверженности лечению пациента с хроническим заболеванием, в частности, с АГ, ишемической болезнью сердца и другими хроническими заболеваниями является возможность однократного приема препарата в день. В целом однократный прием в сутки является первоочередной задачей при лечении любого хронического заболевания и используется во всех случаях, когда это возможно с учётом существующих лекарственных форм и кинетики препаратов.

В связи с этим ключевыми требованиями к препаратам для лечения хронической патологии является длительность действия, прием не чаще 1 раза в сутки и применение комбинированных препаратов. Объединение

⁹ Eliana Biundo, Andrew Pease, Koen Segers, Michael de Groote, Thibault d'Argent, Edouard de Schaetzen (2020), The socio-economic impact of AI in healthcare. Available at: https://www.medtecheurope.org/wp-content/uploads/2020/10/mte-ai_impact-in-healthcare_oct2020_report.pdf.

нескольких лекарств с фиксированными дозировками в одну таблетку является на сегодня самым эффективным методом решения проблемы плохой приверженности и, более того, помогает снизить риски для здоровья пациентов и затраты систем здравоохранения [29]. ФК помогают снизить бремя приёма большого количества таблеток и рекомендуются для улучшения приверженности. Важным преимуществом применения ФК является также улучшение качества жизни пациентов. Если ранее ФК обсуждались в основном при АГ, а также в лечении бронхиальной астмы, то сегодня это и лечение СД, дислипидемии и дезагрегантная терапия, а также так называемые полипилл, в состав которых входят препараты, нацеленные на разные мишени.

Исследование, посвященное ФК для лечения АГ, показало, что прием одной таблетки увеличивает долю пациентов, придерживающихся тройной терапии, с 27% до 60% и всего за один год может уменьшить смертность и количество сердечно-сосудистых событий на 23% и сократить расходы на каждого пациента [30, 31].

При этом необходимо принимать во внимание, что более строгий контроль уровня АД, обеспеченный ФК, в конечном счете снижает затраты здравоохранения, благодаря предотвращению большего количества сердечно-сосудистых событий [32].

Безусловно, чем больше различных подходов к повышению приверженности применяется у конкретного пациента, тем выше шанс на успех, кроме того, эффективность различных подходов может варьировать от пациента к пациенту. В этом и состоит персонализированный подход, который выявляет ведущие причины снижения приверженности (отсутствие мотивации, забывчивость, материальные проблемы или иное) и позволяет выстроить персональную траекторию управления приверженностью. Более того, на протяжении лечения стратегии могут меняться, тогда как при инициации лечения мотивация и удобство приема играют решающую роль, при удержании важнейшим фактором является переносимость лечения, поддержка мотивации и удовлетворенность пациента результатом.

Что мы можем сделать для решения проблемы низкой приверженности уже сегодня?

1. Признать приверженность к лечению ключевым фактором успеха в лечении хронических заболеваний и поставить задачи по улучшению приверженности как одну из стратегических задач всех программ по снижению смертности и в целом бремени хронических заболеваний.

2. Со стороны профессионального сообщества способствовать включению приверженности терапии во все будущие усилия Министерства Здравоохранения по борьбе с хроническими заболеваниями и предусмотреть разработку соответствующих мер по снижению выраженности факторов низкой приверженности.

3. Способствовать продвижению и тиражированию лучших практик по самоконтролю заболеваний и улучшению приверженности к терапии.

4. Использовать элементы терапевтического обучения как важнейший инструмент повышения вовлеченности пациентов в процесс управления хроническими заболеваниями.

5. Создавать долгосрочную мотивацию у пациента на самостоятельную терапию, так же как и реалистичного, адекватного и активного отношения к болезни и самому себе в процессе болезни.

6. Определить инструменты оценки изменения поведения пациента в болезни с учетом особенностей течения хронического заболевания.

7. Поддерживать распространение передового опыта обучения медицинских работников (врачей, фармацевтов и медицинских сестер) вопросам обучения пациентов, включая вопросы повышения приверженности.

8. Внедрить обучение врачей эффективным техникам коммуникации в убеждении пациента следованию рекомендациям врача, в т.ч. психологические тренинги.

9. Стимулировать все соответствующие заинтересованные стороны к включению мер по обеспечению приверженности в местные и федеральные стратегии здравоохранения.

10. Сделать фокус на вопросах повышения приверженности во всех национальных клинических рекомендациях, посвященных хроническим заболеваниям.

11. Признать уникальные особенности и ценность ФК для оптимизации терапии, в т.ч. за счет упрощения схемы лечения и повышения приверженности, в связи с наличием соответствующих данных доказательной медицины, сведений научной литературы и существующих данных по фармакобезопасности.

12. Признать ценность ФК в повышении приверженности, обеспечив большую гибкость в процессе принятия решений об их применении и доступе к системе возмещения расходов на лечение (акцент на ФК, которые состоят из хорошо зарекомендовавших себя препаратов, имеющих убедительную доказательную базу за пределами исследований по биоэквивалентности).

13. При помощи цифровых ресурсов, содержащих данные о здоровье:

а. Использовать данные медицинских карт в качестве инструмента для эффективного и последовательного контроля за соблюдением приверженности.

б. Поощрять качественное введение данных рутинной клинической практики и их хранение, проведение на их базе исследований рутинной практики по приверженности, эффективности и безопасности.

14. Поощрять медицинские организации к сбору и представлению данных о соблюдении клинических рекомендаций (в части мер по повышению приверженности) для оценки результатов вмешательств и выработки предложений по повышению их эффективности; создание инструментов для оценки соблюдения клинических рекомендаций.

15. Включить психологические аспекты хронических заболеваний и приверженности к лечению

в "Стратегию развития системы охраны психического здоровья в Российской Федерации".

16. Включить статистику по приверженности в отчеты по оценке систем здравоохранения, чтобы повысить осведомленность и дать профессиональному сообществу

возможность привлекать более пристальное внимание к данному вопросу органов управления здравоохранением.

Отношения и деятельность. Статья опубликована при поддержке компании Сервье.

Литература/References

1. Kleinsinger F. The Unmet Challenge of Medication Nonadherence. *Perm J.* 2018;22:18-033. doi:10.7812/TPP/18-033.
2. Vandenberghe D, Albrecht J. The financial burden of non-communicable diseases in the European Union: a systematic review. *Eur J Public Health.* 2020;30(4):833-9. doi:10.1093/europub/ckz073.
3. Parati G, Goncalves A, Soergel D, et al. New perspectives for hypertension management: progress in methodological and technological developments. *Eur J Prev Cardiol.* 2023;30:48-60. doi:10.1093/eurjpc/zwac203.
4. Naderi SH, Bestwick JP, Wald DS. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *Am J Med.* 2012;125:882-7.e1. doi:10.1016/j.amjmed.2011.12.013.
5. Chang TE, Ritchey MD, Park S, et al. National rates of nonadherence to antihypertensive medications among insured adults with hypertension. 2015. *Hypertension.* 2019;74:1324-32. doi:10.1161/hypertensionaha.119.13616.
6. Qvarnström M, Kahan T, Kieler H, et al. Persistence to antihypertensive drug treatment in Swedish primary healthcare. *Eur J Clin Pharmacol.* 2013;69:1955-64. doi:10.1007/s00228-013-1555-z.
7. Burnier M, Egan BM. Adherence in hypertension. *Circ Res.* 2019;124:1124-40. doi:10.1161/circresaha.118.313220.
8. Curmeen JMG, Rabbit L, Browne D, et al. Major disparities in patient-reported adherence compared to objective assessment of adherence using mass spectrometry: a prospective study in a tertiary-referral hypertension clinic. *Br J Clin Pharmacol.* 2022;89:1948-55. doi:10.1111/bjcp.15292.
9. Corrao G, Parodi A, Nicotra F, et al. Better compliance to antihypertensive medications reduces cardiovascular risk. *J Hypertens.* 2011;29:610-8. doi:10.1097/HJH.0b013e328342ca97.
10. Kim S, Shin DW, Yun JM, et al. Medication adherence and the risk of cardiovascular mortality and hospitalization among patients with newly prescribed antihypertensive medications. *Hypertension.* 2016;67:506-12. doi:10.1161/hypertensionaha.115.06731.
11. Kirienko AI, Zolotukhin IA, lumen SM, Seliverstov EI. The Effectiveness of Specialized Phlebological Care in Russia: the Results of the Prospective Observational Study SPECTRUM. *Journal of Venous Disorders.* 2015;9(2):4-11. (In Russ.) Киринко А.И., Золотухин И.А., Юмин С.М., Селиверстов Е.И. Эффективность специализированной флебологической помощи в России: результаты проспективного обсервационного исследования СПЕКТР. Флебология. 2015;9(2):4-11. doi:10.17116/febo2015924-11.
12. 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.
13. Bergland OU, Halvorsen LV, Søraas CL, et al. Detection of nonadherence to antihypertensive treatment by measurements of serum drug concentrations. *Hypertension.* 2021;78:617-28. doi:10.1161/hypertensionaha.121.17514.
14. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, et al.; ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J.* 2024;45(38):3912-4018. doi:10.1093/euroheartj/ehae178. Erratum in: *Eur Heart J.* 2025;46(14):1300. doi:10.1093/euroheartj/eha031.
15. Kalinina AM, Oganov RG, Nebieridze DV. Patients education as a factor for arterial hypertension effective control — NOCTURNE program. *Cardiovascular Therapy and Prevention.* 2006;5(3):5-14. (In Russ.) Калинина А.М., Оганов Р.Г., Небиридзе Д.В. Обучение пациентов как фактор эффективного контроля артериальной гипертонии — программа НОКТЮРН. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2006;5(3):5-14. EDN: ISVXFT.
16. Liao Y, Gao G, Peng Y. The effect of goal setting in asthma self-management education: A systematic review. *Int J Nurs Sci.* 2019;6(3):334-42. doi:10.1016/j.ijnss.2019.04.003.
17. Dodd KE, Mazurek JM. Asthma self-management education in persons with work-related asthma — United States, 2012-2014. *J Asthma.* 2020;57(6):593-600. doi:10.1080/02770903.20191594890.
18. Andreev AN, Izmozerova NV, Kolotova GB, et al. "School of Health" for arterial hypertension patients: district out-patient clinic experience. *Cardiovascular Therapy and Prevention.* 2006;5(3):15-21. (In Russ.) Андреев А.Н., Измозерова Н.В., Колотова Г.Б. и др. "Школа здравоохранения" для пациентов с артериальной гипертонией: итоги работы в условиях районной поликлиники. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2006;5(3):15-21. EDN: ISVXGD.
19. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APha/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension.* 2018;71(6):e13-e115. doi:10.1161/HYP.0000000000000065.
20. Starostina EG, Antsiferov MB. Diabetes education in the USSR: how to begin? *Diabet Med.* 1990;7(8):744-9. doi:10.1111/j.1464-5491.1990.tb01480.x.
21. Starostina EG, Antsiferov M, Galstyan GR, et al. Effectiveness and cost-benefit analysis of intensive treatment and teaching programmes for type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus in Moscow — blood glucose versus urine glucose self-monitoring. *Diabetologia.* 1994;37(2):170-6. doi:10.1007/s001250050089.
22. Starostina EG, Antsiferov MB, Galstyan GR, Dedov II. Effectiveness of the intensive treatment and education program for patients with type 1 diabetes mellitus. *Problems of endocrinology.* 1994;40(3):15-9. (In Russ.) Старостина Е.Г., Анциферов М.Б., Галстян Г.Р., Дедов И.И. Эффективность программы интенсивного лечения и обучения больных сахарным диабетом 1 типа. Проблемы эндокринологии. 1994;40(3):15-9.
23. Galstyan GR, Mayorov AYu, Dvoynishkova OM, et al. Long-term results of therapeutic education in patients with type 1 diabetes mellitus. *Problems of endocrinology.* 2005;51(3):50-5. (In Russ.) Галстян Г.Р., Майоров А.Ю., Двойнишкова О.М. и др. Отдаленные результаты терапевтического обучения больных сахарным диабетом типа 1. Проблемы эндокринологии. 2005;51(3):50-5.
24. Surkova EV, Antsiferov MB. The role of training programs in the treatment of patients with type II diabetes mellitus. *Problems of endocrinology.* 1995;41(6):4-6. (In Russ.) Суркова Е.В., Анциферов М.Б. Роль программ обучения в лечении больных сахарным диабетом II типа. Проблемы эндокринологии. 1995;41(6):4-6.
25. Correia JC, Waqas A, Aujoulat I, et al. Evolution of Therapeutic Patient Education: A Systematic Scoping Review and Scientometric Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(10):6128. doi:10.3390/ijerph19106128.
26. Woolley AK, Hadjiconstantinou M, Davies M, et al. Online patient education interventions in type 2 diabetes or cardiovascular disease: A systematic review of systematic reviews. *Prim Care Diabetes.* 2019;13(1):16-27. doi:10.1016/j.pcd.2018.07.011.
27. Ionov MV, Zhukova OV, Zvartau NE, Konradi AO. Telemedicine monitoring and remote counseling of patients with uncontrolled arterial hypertension. *Therapeutic Archive.* 2021;93(1):30-40. (In Russ.) Ионов М.В., Жукова О.В., Звартава Н.Э., Конради А.О. Телемедицинское наблюдение и дистанционное консультирование пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией. Терапевтический архив. 2021;93(1):30-40.
28. Nkomo DE, Soko CJ, Bowrin P, et al. Digital interventions self-management education for type 1 and 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Comput Methods Programs Biomed.* 2021;210:106370. doi:10.1016/j.cmpb.2021.106370.
29. Laufs U, Rettig-Ewen V, Böhm M. Strategies to improve drug adherence. *Eur Heart J.* 2011;32(3):264-8. doi:10.1093/eurheartj/ehq297.
30. Borghi C, Balagopal Jayagopal P, Konradi A, et al. A Real-World Analysis of Pharmacotherapy Utilization and Outcomes of Patients on Perindopril/Amlodipine/Indapamide Free Vs Single-Pill Combination in Italy. *Journal of Hypertension.* 2023;41(Suppl 1):e310. doi:10.1097/01.hjh.000015900.31195.ab.
31. Snyman JR, Balagopal Jayagopal P, Konradi A, et al. EE478 Do Triple Single-Pill Combinations Make a Difference in Treatment Adherence, Outcomes and Healthcare Resource Utilization in Hypertension? A Real-World Analysis of Patients on Perindopril/Amlodipine/Indapamide in Italy. *Value in Health.* 2022;25(12):S149. doi:10.1016/j.jval.2022.09.721.
32. Liao CT, Toh HS, Sun L, et al. Cost-effectiveness of intensive vs standard blood pressure control among older patients with hypertension. *JAMA Netw Open.* 2023;6:e230708. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.0708.

Адреса организаций авторов: ГНЦ РФ ФГБУ НМИЦ эндокринологии им. акад. И. И. Дедова Минздрава России, ул. Дмитрия Ульянова, д. 11, Москва, Россия; ФГАОУ Российской национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздрава России, ул. Островитянова, д. 1, стр. 7, Москва, Россия; ФГБУ НМИЦ им. В. А. Алмазова Минздрава России, ул. Аккуратова, д. 2, Санкт-Петербург, 197341, Россия; ФГБОУ Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова Минздрава России, ул. Высоковольтная, д. 9, Рязань, 390026, Россия.

Addresses of the authors' institutions: Dedov National Medical Research Center of Endocrinology, Dmitry Ulyanov str., 11, Moscow, Russia; Pirogov Russian National Research Medical University, Ostrovityanova str., 1, building 7, Moscow, Russia; Almazov National Medical Research Center, Akkuratov St., 2, Saint Petersburg, Russia; Pavlov Ryazan State Medical University, Vysokovoltnaya St., 9, Ryazan, 390026, Russia.

«ДОКТОР,
ХОЧУ ДАВЛЕНИЕ
КАК У КОСМОНАВТА»

129/79

мм рт. ст.

УЖЕ ЗА 4 НЕДЕЛИ
ТЕРАПИИ**.²

ТРИПЛИКСАМ®



Russian
Pharma Awards

за достижения в области фармации

1-е место

в номинации «Комбинированное
решение для контроля АД»^{*.1}



SERVIER®

АО «Серьве»: 125196, Москва, ул. Лесная, д.7, этаж 7/8/9.
Тел.: (495) 937 07 00, факс: (495) 937 07 01. www.servier.ru

Краткая справочная
информация по безопасности –
амлодипин/индапамид/периндоприл



* АД – артериальное давление

** Группа пациентов до 50 лет (n=199)

1. <https://awards.doktornarabote.ru/winners2023> Дата обращения к ресурсу 14.08.24. 2. Карпов Ю. А., Логунова Н. А., Квасников Б. Б., Хомицкая Ю. В. Новые данные субанализа исследования ТРИКОЛОР: антигипертензивная эффективность тройной фиксированной комбинации амлодипина/индапамида/периндоприла и предикторы эффективности и контроля артериального давления у молодых пациентов. Российский кардиологический журнал. 2023; 28 (10): 5597.

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.